

Richiesta Dieta Speciale/Differenziata

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

genitore dell' **ALUNNO:** _____

nato/a _____ il _____

residente in via/piazza _____ n. _____

Telefono: _____

CHIEDE

la somministrazione di un particolare regime alimentare per motivi:

Sanitari

Etico/Religiosi (specificare gli alimenti da non somministrare) _____

Si allega al presente modulo (barrare la casella corrispondente):

"Certificato Medico" nel caso di allergie/intolleranze/ altre patologie

Il/la bambino/a è presente a mensa (barrare la casella corrispondente):

<input type="checkbox"/> Tutti i giorni				
<input type="checkbox"/> Lunedì	<input type="checkbox"/> Martedì	<input type="checkbox"/> Mercoledì	<input type="checkbox"/> Giovedì	<input type="checkbox"/> Venerdì

COMUNICAZIONI IMPORTANTI

1) Si accettano solo certificati di SPECIALISTI, quali pediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche; certificati rilasciati da specialisti diversi da quelli indicati non saranno accettati.

2) La richiesta di predisposizione della dieta ha valore per l'anno scolastico in corso

3) Al fine di tutelare al massimo gli Utenti con dieta speciale, NON verranno accettate modifiche della dieta (integrazioni e/o restrizioni) comunicate verbalmente né da parte degli insegnanti, né da parte dei genitori

4) Per le sospensioni della dieta è necessario il certificato medico o di un'autodichiarazione scritta del genitore

Il/la richiedente dichiara di essere informato ai sensi del D. Lgs. 30/6/2003 n° 196 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data, _____

Firma
