



ANNO SCOLASTICO _____

RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI

(patologie – allergie – intolleranze alimentari)

☐ NUOVA RICHIESTA ☐ MODIFICA ☐ SOSPENSIONE

(barrare la casella interessata)

Il sottoscritto Cognome _____

Nome _____

Tel. _____ Email _____

genitore di Cognome _____

Nome _____ nato il _____

che frequenta la scuola dell'Ist. Comp. _____ C. Cottura: _____
dell'infanzia _____ classe _____ sez _____

primaria _____ classe _____ sez _____

second.1°gr. _____ classe _____ sez _____

- a tempo pieno
- a modulo con rientro nei giorni _____

chiede che per il tempo indicato nel **certificato medico in allegato** non vengano somministrate preparazioni contenenti:

☐ glutine per ☐ celiachia ☐ intolleranza/allergia al glutine

☐ latte e derivati

☐ tonno

☐ pomodoro

☐ legumi

☐ uova

☐ frutta a guscio e secca

☐ pesce

☐ carne di _____

☐ altro: _____

☐ il minore necessita della somministrazione farmaco salva vita.

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione Comunale ad utilizzare i dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali).

Data _____

Firma _____

Protocollo n.

del.

