

**RICHIESTA DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA (Modello 1)**

**All'Ente Gestore  
del Servizio di Ristorazione Scolastica  
Comune di .....**

Anno scolastico.....

Il sottoscritto/a .....

Nato/a a .....

CODICE FISCALE.....

genitore o esercente potestà genitoriale dell'alunno/a.. ..

frequentante la Scuola ..... classe .....

**CHIEDE**

che venga somministrata **la dieta speciale** (barrare la casella interessata):

- Allergia**
- Intolleranza**
- Dieta ad esclusione per protocollo diagnostico**
- Dieta leggera (durata superiore ai tre giorni)**
- Celiachia**
- Obesità**
- Diabete**
- Favismo**
- Fenilchetonuria**
- Altro .....(specificare)**

Al riguardo allego certificazione medica del ....., ..(data emissione certificato)

Data: .....

FIRMA

**Recapito per eventuali comunicazioni:**

Cognome e Nome .....

Via .....

Città .....

Tel. ....

*I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 (art.13).*