

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).