

SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA
Richiesta di DIETA SPECIALE

Caro genitore,
per consentire al servizio di Ristorazione Scolastica la preparazione di una dieta adeguata alle condizioni di salute di suo figlio o rispettosa delle sue motivazioni religiose o ideologiche è necessario che ci ritorni compilata la presente richiesta fornendoci le informazioni e la documentazione che segue.

Il/la sottoscritto/a _____
in qualità di genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola _____

chiede la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di (barrare la casella interessata)

- Dieta per Allergie o Intolleranze alimentari** (allegare gli esiti dei tests allergologici e certificazione allergologica o certificazione medica di centro specialistico); (*)
- Dieta speciale per malattia metabolica** (diabete, obesità, favismo, celiachia, fenilchetonuria, glicogenosi) (allegare la certificazione medica o di centro specialistico);
- Dieta per motivazioni Etico-Religiose**, precisando che non dovranno essere somministrati i seguenti alimenti (si prega di scrivere in stampatello):

(*) Nel caso di richiesta di cessazione di dieta speciale per allergie è necessaria una certificazione medica

Recapito per eventuali comunicazioni:

Cognome e nome _____ Tel \ Cell _____
via _____ città _____

Consapevole che la richiesta è subordinata al trattamento dei dati personali e sensibili, dichiaro di aver preso visione dell'informativa predisposta dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 allegato alla presente, ed in qualità di interessato (art.23 del citato D. Lgs. 196/2003) presto il mio consenso ed autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati nella suddetta informativa.

_____, li _____

Firma