

Richiesta dieta speciale A.S. 2023/2024 (da consegnare alla segreteria della Scuola di riferimento)

Il/la sottoscritto/a			residente in		
Via/I	P.zza	n, telefono		_, genitore di:	
cogn	ome e nome dell'alun	no			
data	e luogo di nascita dell	'alunno			
iscritto presso la scuola: dell'infanzia			Sez.	Sez	
		primaria	classe	Sez	
		secondaria 1° grado	classe	Sez	
		CHIEDE			
che al/alla proprio/a figlio/a venga somministrata una dieta speciale per i seguenti motivi (barrare con una X la casella corrispondente):					
	Allergie/Intolleranze alimentari (allegare obbligatoriamente esiti dei tests allergologici e certificazione allergologica o certificazione medica di centro specialistico)*;				
	Dieta speciale per malattia metabolica (diabete, obesità, ecc.) o di esclusione (favismo, celiachia, fenilchetonuria, glicogenosi) (allegare obbligatoriamente certificato medico o di centro specialistico)*;				
	Etico-Religiosi, precisando che non dovranno essere somministrati i seguenti alimenti (si prega di scrivere in stampatello):				
certi evita La r rinno INFO 2016 allega vision del se dall'A L'info Comi	* = le diete di cui ai p ficato medico richie are. richiesta ha valenza ovata di anno in anno DRMATIVA SUI DAT b/679 (GDPR). Il sottoso ati sono oggetto di tratta nata dalla competente Dervizio di ristorazione so ATS Milano Est. ormativa prevista dal re	I PERSONALI E SUI DIRITTE critto prende atto che i dati personalimento ai fini dell'elaborazione dell'orrezione scolastica, dall'ufficio Istricolastica e, se necessario, dalla Sociegolamento UE 2016/679 (GDPR)	rese in considerazione i diretta precisazione de pertanto, se necessari I DEL DICHIARANTE li inseriti nel presente mod a dieta speciale richiesta. uzione del Comune, dalla età incaricata del servizio	in mancanza del egli alimenti da ia, dovrà essere regolamento UE dulo e/o documenti Ogni richiesta sarà Società erogatrice controllo qualità e	
Data		Firma			