



RICHIESTA DIETA SPECIALE PATOLOGIA- MOTIVI DI SALUTE

AL COMUNE DI ROSATE
Via Vittorio Veneto n° 2
ROSATE

Anno scolastico.....

Il sottoscritto/a.....

Residente a.....

In via.....

Recapito telefonico.....codice fiscale.....

Genitore dell'alunno.....

Frequentante la scuola classe sez.....

CHIEDE

Che venga somministrare la dieta speciale (barrare la casella interessata)

- ALLERGIA**
- INTOLLERANZA**
- DIETA AD ESCLUSIONE PER PROTOCOLLO DIAGNOSTICO**
- DIETA LEGGERA (DURATA SUPERIORE AI TRE GIORNI)**
- CELIACHIA**
- OBESITA'**
- DIABETE**
- FAVISMO**
- FENILCHETONURIA**
- ALTRO (SPECIFICARE)**

Al riguardo occorre allegare il certificato medico del.....(data emissione certificato)

L'alunno/a è presente in mensa il (*barrare le caselle corrispondenti*)

- tutti i giorni** *oppure* **lunedì** **martedì** **mercoledì** **giovedì**
- venerdì**

Il richiedente dichiara fin da ora di essere informato ai sensi del D.lgs n° 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data_____

Firma