

Al Comune di Montesilvano
Dirigente Settore Amministrativo

OGGETTO: Richiesta diete speciali.

...../..... sottoscritt... tel.
○ Genitore di
○ Operatore scolastico/docente
residente in via città
Scuola di appartenenza classe sez.

C H I E D E

per l'anno scolastico la produzione di **DIETA SPECIALE** per:

- Intolleranza alimentare a
- Allergia alimentare a
- Malattia metabolica
- Altra patologia
- Motivazione etico-religiosa

Dichiara, allo stato delle proprie conoscenze, che la dieta richiesta è da considerarsi:

- A rischio vita
- Non a rischio vita

Allega **certificato medico**

N.B. Le forme permanenti di diete speciali (es. celiachia, favismo, diabete, ecc.) necessitano di certificazione medica solo per il primo anno in cui vengono richieste. Modifiche, integrazioni, restrizioni o sospensioni della dieta non possono essere comunicate verbalmente.

Data

Firma

Consenso al trattamento dei dati ai sensi del D.lgs. 196/2003:

Il sottoscritto/a

in qualità di genitore di

esprime il proprio consenso al trattamento e comunicazione dei dati anche sensibili, nei limiti e per le finalità precisate nel D.Lgs. 196/2003.

Firma