

All'Ente Gestore
Del servizio di Ristorazione

Comune di

RICHIESTA DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA

ANNO SCOLASTICO

Il sottoscritto/a nato a

Il codice fiscale

Genitore o esercente potestà genitoriale dell'alunno/a

Frequentante la scuola Classe Sez.

CHIEDE

Che venga somministrata la **dieta speciale** (barrare la/e casella/e interessata/e):

- 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

I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 (art.13).