

MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA E/O ETICO RELIGIOSA**SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA COMUNI DI ANDEZENO E ARIGNANO**

NB. i campi segnati con (*) sono obbligatori

Anno scolastico _____ (*) Comune di _____ (*)

Il/la sottoscritto/a _____ (*)

Nato/a a _____ (*) il _____ (*)

Residente a _____ (*) Via _____ (*)

Genitore o esercitante potestà genitoriale dell'alunno/a _____ (*)

Frequentante la Scuola _____ (*) classe _____ sez _____

GIORNI DI RISTORAZIONELUNEDI' ☐ MARTEDI' ☐ MERCOLEDI' ☐ GIOVEDI' ☐ VENERDI' ☐**CHIEDE**

che venga somministrata la dieta speciale seguente (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 allega certificazione medica del _____ (*) (data emissione del certificato)

Data _____

Firma _____

Dati personali trattati in conformità al dell'ART. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR")

MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA E/O ETICO RELIGIOSA**SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA COMUNI DI ANDEZENO E ARIGNANO**

NB. i campi segnati con (*) sono obbligatori

CHIEDE

che venga somministrato un menù alternativo privo di (barrare la/le casella/e interessata/e):

- ☐ CARNE DI MAIALE E DERIVATI
- ☐ TUTTI I TIPI DI CARNE E DERIVATI
- ☐ PESCE
- ☐ UOVA
- ☐ ALTRO: _____ (specificare)

Data _____

Firma _____

Recapito per eventuali comunicazioni:

Cognome e Nome _____

Via _____ Città _____

Mail _____ Tel _____

Dati personali trattati in conformità al dell'ART. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR")