



## MODULO RICHIESTA DIETA SANITARIA

ANNO SCOLASTICO 2024-25

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore di \_\_\_\_\_

(indicare nome e cognome del/della bambino/a)

iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ della scuola:

INFANZIA \_\_\_\_\_

PRIMARIA \_\_\_\_\_

SECONDARIA di I° GRADO / CSF \_\_\_\_\_

### CHIEDO

che sia somministrata a mio/a figlio/a la dieta di seguito indicata  per l'intero anno scolastico  
dal \_\_\_ al \_\_\_

Giorni di utilizzo mensa: lu ma me gio ve

Dieta sanitaria per:

allergia

intolleranza

celiachia

malattia genetica

obesità

prove di esclusione

altro (specificare): \_\_\_\_\_

**La somministrazione di diete speciali per patologie alimentari è subordinata alla presentazione, ogni anno della richiesta, con allegato certificato medico in originale, attestante la dieta da seguire.**

Per urgenze o delucidazioni è possibile contattarmi ai seguenti recapiti telefonici:

**Nb mi impegno a comunicare eventuali modifiche / sospensioni dieta o t asferimenti di Scuola**

Data \_\_\_\_\_ \*Firma \_\_\_\_\_

\*Genitore che esercita la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario.

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