

**MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI
PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE ANNO SCOLASTICO 2024/2025**

Da inviare via mail a: uff.istruzione@comune.nole.to.it

LE DIETE VANNO RICHIESTE OGNI NUOVO A.S. - QUELLE DELL'ANNO PRECEDENTE NON SARANNO ATTIVATE SE NON VERRA' PRESENTATA LA DOCUMENTAZIONE AGGIORNATA

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

genitore o tutore dell'alunno/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ via/piazza _____ n° _____

tel. abitazione n° _____ cell. _____

che frequenta la

classe _____ sez. _____ Scuola _____

Comune di _____

l'alunno/a è presente in mensa nei seguenti giorni:

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

CHIEDE

la somministrazione al\alla proprio\la figlio\la di (barrare la casella interessata)

Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a tal fine si allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- Liberatoria ad utilizzare alimenti con possibili tracce di _____
- Se si tratta di allergia da shock anafilattico è necessario far compilare al medico il modulo relativo al programma di intervento in caso di emergenza (da allegare alla richiesta)

Dieta speciale per celiachia a tal fine si allega:

- certificazione del medico curante con diagnosi

Dieta per favismo

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- Liberatoria ad utilizzare alimenti con possibili tracce di _____

Data _____ Firma _____

PRIVACY: Il trattamento avverrà conformemente al Reg. EU 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche. Informativa completa disponibile presso il Comune sede di erogazione del servizio e/o il portale informatico di iscrizione al servizio.