

RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA

**All'Ente Gestore del servizio di refezione
scolastica Comune di Corio**

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____ n° _____
tel. n° _____ cell. n° _____
genitore o titolare responsabilità genitoriale dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ sezione _____
della scuola _____
per l'anno scolastico _____ / _____

CHIEDE

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

- ☐ **Dieta speciale temporanea per sospetta allergia alimentare**
- ☐ **Dieta speciale per allergia alimentare accertata**
- ☐ **Dieta speciale per intolleranza alimentare**
- ☐ **Dieta speciale per altre patologie che necessitano di dietoterapia**

al riguardo allega certificazione medica del _____ (data emissione del certificato)

Data _____

Firma _____

I dati personali saranno trattati in conformità al Reg. EU 679/2016 in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche. Informativa completa disponibile sul sito dell'Ente.