



ANNO SCOLASTICO _____

RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI

(patologie – allergie – intolleranze alimentari)

NUOVA RICHIESTA MODIFICA SOSPENSIONE

(barrare la casella interessata)

Il sottoscritto Cognome _____

Nome _____

Tel. _____ Email _____

genitore di Cognome _____

Nome _____ nato il _____

che frequenta la scuola dell'Ist. Comp. _____ C. Cottura: _____
 dell'infanzia _____ classe _____ sez _____

primaria _____ classe _____ sez _____

second.1°gr. _____ classe _____ sez _____

- a tempo pieno
- a modulo con rientro nei giorni _____

chiede che per il tempo indicato nel certificato medico in allegato non vengano somministrate preparazioni contenenti:

<input type="checkbox"/> glutine per	<input type="checkbox"/> celiachia	<input type="checkbox"/> intolleranza/allergia al glutine
<input type="checkbox"/> latte e derivati	<input type="checkbox"/> tonno	
<input type="checkbox"/> pomodoro	<input type="checkbox"/> legumi	
<input type="checkbox"/> uova	<input type="checkbox"/> frutta a guscio e secca	
<input type="checkbox"/> pesce	<input type="checkbox"/> carne di _____	
<input type="checkbox"/> altro: _____		

il minore necessita della somministrazione farmaco salva vita.

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione Comunale ad utilizzare i dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali).

Data _____ Firma _____

Protocollo n.....

del.....

