

Al Comune di BUBBIANO
Ufficio Scuola

**OGGETTO: RICHIESTA DIETA SPECIALE PER IL SERVIZIO DI MENSA SCOLASTICA
ANNO SCOLASTICO 20__ / __**

Il/la sottoscritto/a _____
Residente in _____ Via/piazza _____
Tel. _____
Genitore del /la bambino/a _____
Che frequenta la classe _____ della scuola _____

CHIEDE

che per l'anno scolastico **20__ / __** venga somministrata al proprio/a figlio/a la seguente **dieta per motivi di salute:**

- Allergia
- Intolleranza
- Dieta ad esclusione per protocollo diagnostico
- Dieta leggera (durata superiore ai tre giorni)
- Celiachia
- Obesità
- Diabete
- Favismo
- Fenilchetonuria
- Altro _____ (specificare)

Al riguardo allego certificazione medica che **riporta la durata della dieta** se inferiore all'anno scolastico.

che per l'anno scolastico **20__ / __** venga somministrata la **dieta per motivi etico-religiosi con l'esclusione dei seguenti alimenti:**

- Tutti i tipi di carne e derivati
- pesce
- uova
- altro: _____ (specificare)

Il richiedente dichiara, inoltre, di essere informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti verranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la richiesta.

Data

Firma
