



COMUNE DI CRESPINA LORENZANA

RICHIESTA DIETE SPECIALI per L'ANNO SCOLASTICO 2018/2019

Il/La sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____

genitore dell'alunno/a

COGNOME NOME: _____

nato/a a _____ il _____ frequentante nell'anno
scolastico 2018/2019 la scuola:

dell'Infanzia _____;

Primaria _____ Classe _____ Sez. ____.

CHIEDE/CONFERMA la somministrazione di **DIETA SPECIALE**

per i seguenti motivi:

PATOLOGIA/INTOLLERANZA/ALLERGIA ALIMENTARE

Si allega certificazione medica (pediatra o Centro di cura) corredata delle relative indagini diagnostiche

MOTIVI ETICO-RELIGIOSI

Specificare alimenti da NON somministrare al minore:

Data _____

FIRMA _____

Nota informativa sull'uso dei dati personali e sui diritti del richiedente

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che le informazioni contenute nella presente scheda saranno utilizzate esclusivamente ai fini gestionali del servizio. All'interessato sono riconosciuti i diritti di cui al Regolamento Europeo n. 679/2016 sulla protezione dei dati personali. Il trattamento dei dati avverrà presso il competente servizio del Comune.