

MODULO (A) DI RICHIESTA DIETA SPECIALE PER IL SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA (da compilarsi a cura del genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale)	
---	--

Il/La sottoscritto/a Codice Fiscale

Recapito telefonico

Genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale del minore per cui si richiede dieta speciale

Cognome e Nome del minore nato a il .../.../.....

Residente in..... Via n. CAP

Che frequenta la Scuola..... Classe..... Sez. Per l'anno scolastico

RICHIEDE

(selezionare la prestazione richiesta barrando la casella interessata):

☐ Dieta speciale per motivi di salute: **allergia o intolleranza alimentare**

a tal fine allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione
- Informativa ai sensi dell'art. 13 GDPR 2016/679 firmata dal genitore

☐ Dieta speciale per motivi di salute: **celiachia**

a tal fine allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione
- Informativa ai sensi dell'art. 13 GDPR 2016/679 firmata dal genitore

☐ Dieta speciale per motivi di salute: **altre condizioni permanenti**

a tal fine allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione
- Informativa ai sensi dell'art. 13 GDPR 2016/679 firmata dal genitore

Il/la bambino/a è presente in mensa nei seguenti giorni

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

Luogo e Data

Firma del genitore / esercitante potestà genitoriale

.....

N.B.: Validità delle certificazioni mediche:

Le certificazioni mediche per patologia cronica (celiachia, diabete, favismo, ecc.....), avranno validità per l'intero ciclo scolastico. Le certificazioni mediche per allergia/intolleranza alimentare avranno validità per l'intero anno scolastico, e comunque, fino a nuova data specificata sulla certificazione.

In caso di trasferimento in altra scuola dovrà essere comunicato al SIAN.