

	MODULO (B) DI RICHIESTA DIETA SPECIALE PER IL SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA (per personale scolastico)	
--	--	--

Anno scolastico 20...../.....

Il/La sottoscritto/a

Codice Fiscale n° tel.

Nato/a a il .../.../.....

Residente nel comune di in via/piazza

..... n. CAP

In qualità di: ☐ personale scolastico

Scuola

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

☐ 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

☐ 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

Luogo e Data

Firma

.....

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.
