

**RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI
ALLERGIA O INTOLLERANZA ALIMENTARE**

**Al Dirigente Scolastico dell'Istituto
Al Sindaco del Comune di**

.....

Il sottoscritto (*Cognome e Nome*)

Residente in

Recapito telefonico

in qualità di Genitore (*o Tutore*) dell'Alunno/a

frequentante la scuola

RICHIEDE

l'attivazione della dieta speciale come da certificato medico allegato.

Alimenti da escludere:

Il/la richiedente dichiara di essere informato/a ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene presentata, dagli Uffici competenti nonché dall'Ente aggiudicatario del servizio.

Data ___/___/___

(*firma leggibile*)

Firma Docente

Firma Dirigente Scolastica

Informativa D.Lgs. n. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono stati richiesti e verranno esclusivamente trattati, anche con strumenti informatici, a tale scopo.

MODULO DA CONSEGNARE ALLA SCUOLA E AL COMUNE DI COMPETENZA