

RICHIESTA DIETA SPECIALE A.S. 2026/2027

Il/La sottoscritto/a _____
genitore/tutore dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ della scuola _____
plesso _____

CHIEDE

che venga somministrata al minore una dieta speciale per:

- ☐ intolleranza alimentare
- ☐ allergia alimentare
- ☐ patologia

A tal fine, si allega certificato medico.

Indicazioni utili per la predisposizione del certificato medico
Il certificato medico per la richiesta di dieta speciale deve necessariamente contenere le seguenti informazioni: • dati anagrafici del minore • intolleranza, allergia o patologia • alimenti da escludere

Data

Firma

.....

.....

Dichiara di aver preso visione dell'informativa al trattamento dei dati personali sul sito istituzionale del Comune di Acquaviva delle Fonti e di prestare il proprio consenso all'utilizzo dei dati comunicati con il presente modulo per tutte le finalità, così come specificate nella "INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI PERSONALI (art.9 e 13 REG. UE 2016/679).

Data

Firma

.....

.....