

# RICHIESTA DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA

Anno scolastico 2021/22

## Compilare da parte dei genitori

|                         |                           |   |
|-------------------------|---------------------------|---|
| Al Dirigente Scolastico | Asilo Nido                | _ |
|                         | Scuola dell'Infanzia      | _ |
|                         | Scuola Primaria           | _ |
|                         | Scuola Secondaria I grado | _ |

I SOTTOSCRITTI

Nome e Cognome madre \_\_\_\_\_

Nome e Cognome padre \_\_\_\_\_

genitori/tutori dell'alunno /a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ C. Fiscale \_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

frequentante la classe \_\_\_\_\_

## CHIEDONO

che venga somministrata **la dieta speciale** (barrare la casella interessata):

- ☐ **Allergia**
- ☐ **Intolleranza**
- ☐ **Celiachia**
- ☐ **Obesità**
- ☐ **Diabete**
- ☐ **Favismo**
- ☐ **Fenilchetonuria**
- ☐ **\_ Altro .....(specificare)**
- ☐

Al riguardo si allega certificazione medica del \_\_\_\_\_(data emissione certificato)

Data:.....

FIRMA (madre) ..... FIRMA (padre) .....

*I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 (art.13)*