

**MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI
PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA**

Servizio Nutrizionale di Euroristorazione

tel. 0444 580699

mail: nadia.lovisetto@euroristorazione.it

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____
genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____ n° _____
tel. abitazione n° _____
cell. n° _____ che frequenta la classe _____ sezione _____
della scuola _____

per l'anno scolastico 2023/2024

l'alunno/a è presente in mensa nei seguenti giorni:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| L | M | M | G | V |
|---|---|---|---|---|

CHIEDE

la somministrazione a\alla proprio\la figlio\la di (barrare la casella interessata)

Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a tal fine si allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Dieta speciale per celiachia a tal fine si allega:

- certificazione del medico curante con diagnosi

Dieta speciale per altre condizioni permanenti a tal fine si allega:

- certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Data _____

Firma _____

Il trattamento avverrà conformemente al Reg. EU 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche. Informativa completa disponibile presso il Comune sede di erogazione del servizio e/o il portale informatico di iscrizione al servizio.