MODULO RICHIESTA
DIETE SPECIALI

Al Comune di Castiadas
Ufficio AA.PP. e Pubblica Istruzione

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

e residente in _____, Via/Località _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| tel. _____,

genitore di _____, nato a _____ (____)

il _____ e frequentante nell'anno scolastico **2024/2025**, la classe _____

della Scuola □ INFANZIA □ PRIMARIA □ SECONDARIA DI 1° GRADO

CHIEDE

□ Riconferma della dieta differenziata dell'anno precedente*;
□ Dieta per motivi di salute*:

□intolleranza alimentare
□ allergia alimentare
□ malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)
□ altro_____

*Allegare certificato medico e tabella dietetica differenziata compilata dal medico curante specialista. Tale tabella dovrà indicare nome e cognome dell'alunno ed essere rielaborata in ogni foglio in modo circostanziato, datata, timbrata e firmata dal medico.

□Dieta per motivi etici o religiosi:**

sostituzione dei seguenti alimenti_____
_____
con _____
_____

**Per le sostituzioni negli alimenti che comportino rilevanti modifiche nella tabella dietetica si dovrà allegare la tabella differenziata compilata dal medico curante specialista. Tale tabella dovrà indicare nome e cognome dell'alunno ed essere rielaborata in ogni foglio in modo circostanziato, datata, timbrata e firmata dal medico.

□ La sospensione, per il proprio figlio, della dieta differenziata precedentemente richiesta e l'applicazione del menù scolastico ordinario a partire dal:_____

- Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 ss. Regol. UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Castiadas, _____

IL RICHIEDENTE

_____