MODULO RICHIESTA
DIETE SPECIALI

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

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

insegnante della Scuola INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA DI 1° GRADO - classe _____ di Castiadas – Loc. Olia Speciosa **per l'anno scolastico 2024/2025**

CHIEDE

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

intolleranza alimentare
allergia alimentare
patologia 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'insegnante 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'insegnante ed essere rielaborata in ogni foglio in modo circostanziato, datata, timbrata e firmata dal medico.

 La sospensione 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

_____