

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

**Servizio Nutrizionale di Euroristorazione**

tel. 011 9917182

fax:

mail: [alessia.cattel@euroristorazione.it](mailto:alessia.cattel@euroristorazione.it) – [silvia.arnone@euroristorazione.it](mailto:silvia.arnone@euroristorazione.it)

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

genitore o esercente 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

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

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

**CHIEDE**

la somministrazione alla propria figlio/a 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.