

	MODULO (B) DI RICHIESTA DIETA SPECIALE PER IL SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA (per personale scolastico)	
--	--	--

Anno scolastico 20...../.....

Il/La sottoscritto/a

Codice fiscale.....n° tel.....

Nato/a a.....il.....

Residente nel Comune di.....in via/p.zza n°...CAP.....

In qualità di: ☐ personale scolastico

Scuola:

RICHIEDE

(selezionare la prestazione richiesta barrando la casella interessata):

☐ Dieta speciale per motivi di salute: **allergia o intolleranza alimentare**

a tal fine allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione
- Informativa ai sensi dell'art. 13 GDPR 2016/679 firmata

☐ Dieta speciale per motivi di salute: **celiachia**

a tal fine allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione
- Informativa ai sensi dell'art. 13 GDPR 2016/679 firmata

☐ Dieta speciale per motivi di salute: **altre condizioni permanenti**

à tal fine allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione
- Informativa ai sensi dell'art. 13 GDPR 2016/679 firmata

☐ Dieta speciale per **motivi etico-religiosi**

a tal fine allega:

- Informativa ai sensi dell'art. 13 GDPR 2016/679 firmata

Luogo e Data.....

Firma

.....

N.B.: Validità delle certificazioni mediche:

Le certificazioni mediche per patologia cronica (celiachia, diabete, favismo, ecc.....), avranno validità per l'intero ciclo scolastico. Le certificazioni mediche per allergia/intolleranza alimentare avranno validità per l'intero anno scolastico, e comunque, fino a nuova data specificata sulla certificazione.

In caso di trasferimento in altra scuola dovrà essere comunicato al SIAN.