

MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE

Io sottoscritto/a _____

residente a _____

via _____ n° _____

recapito telefonico _____

Genitore di _____

nato/a il _____ a _____ frequentante nell'a. s. 20____/20____

la:

- ☐ Scuola dell'Infanzia Comunale
- ☐ Scuola Primaria
- ☐ Scuola Secondaria di 1° grado

CHIEDO

Che vengano esclusi dalla dieta di mio figlio/a, i seguenti alimenti:

per le seguenti motivazioni:

che dovranno essere sostituiti con derrate alternative.

Il Genitore dichiara di essere informato, ai sensi del Regolamento 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.

Lì _____

Firma del Genitore

(firma leggibile)