



COMUNE DI RUDIANO

PROVINCIA DI BRESCIA

Assessorato Pubblica Istruzione, Cultura, Sport e Tempo Libero

MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SANITARIA

(ai sensi delle Linee Guida Regionali per la Ristorazione Scolastica)

Il/La sottoscritto/a

Cognome e Nome _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

residente in _____

via/piazza _____ n. _____

telefono _____ e-mail _____

in qualità di:

Genitore esercente la responsabilità genitoriale

Tutore legale

dell'alunno/a

Cognome e Nome _____

nato/a a _____ il // _____

Codice Fiscale _____

iscritto/a per l'anno scolastico / presso:

Scuola Primaria

Scuola Secondaria di I grado

Classe _____ Sezione _____

CHIEDE

l'attivazione di **dieta sanitaria personalizzata** nell'ambito del Servizio di Ristorazione Scolastica per il seguente motivo:

Allergia alimentare (specificare alimento/i)*

Intolleranza alimentare (specificare alimento/i)*

Celiachia

Patologia metabolica

Altro (specificare) _____

*Alimenti da escludere e/o indicazioni dietetiche:

Durata della dieta richiesta:

- Intero anno scolastico
 Temporanea dal //_____ al //_____

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA ALLEGATA

- Certificazione medica rilasciata dal Pediatra/Medico Specialista del S.S.N. o convenzionato, attestante la patologia e gli alimenti da escludere
 Copia documento di identità del richiedente
 Eventuale piano dietetico dettagliato

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità che quanto indicato nella presente richiesta corrisponde al vero e si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dello stato di salute dell'alunno/a che comporti modifica o revoca della dieta richiesta.

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), si informa che i dati personali e sensibili forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse all'erogazione del servizio mensa scolastica e nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Luogo e data _____

Firma del genitore/tutore
