Servizio mensa - Anno scolastico ____/____
Domanda per dieta particolare per specifiche patologie

Al Comune di Sorgono
C.so IV Novembre n. 65
08038 Sorgono

Il/la sottoscritto/a _____nato/a a _____il __/__/___, nazione (*se nato/a all'estero*) _____, residente a _____Via/Piazza _____ n. _ recapito telefonico: _____ e-mail _____ Codice Fiscale _____, nella sua qualità di □ **genitore** □ **affidatario,** dell'alunno/a _____nato/a a _____ il __/__/____, frequentante la classe _____ della scuola *(barrare il quadratino che interessa):* □ **dell'infanzia** □ **secondaria di 1° grado**, che intende usufruire del servizio mensa per l'anno scolastico ____/____;

CHIEDE

che, per motivi di salute, nella preparazione del pasto al proprio figlio sia osservata la seguente dieta particolare *(barrare il quadratino che interessa)*:

☐ dieta particolare per allergia o intolleranza alimentare;

☐ dieta particolare per celiachia;

☐ dieta particolare per altre condizioni patologiche permanenti.

A tal fine allega certificato medico con la diagnosi e la prescrizione dettagliata degli alimenti/ingredienti da escludere dall'alimentazione *(Il certificato medico in busta chiusa deve essere rilasciato dai Medici Pediatri o dai Medici Specialisti in data coerente con la richiesta)*.

DICHIARA

- di essere stato informato sul trattamento dei dati personali secondo quanto stabilito dal Regolamento U.E. n. 2016/679 (*vedi informativa sulla Privacy sul retro della domanda*);

Si allega alla presente:
- copia di un documento di identità in corso di validità.

Sorgono, _____

_____
(Firma del genitore o di chi ne fa le veci)