
Richiesta dieta speciale per MOTIVI DI SALUTE

Al Comune di Ossonova
- Ufficio Scuola -

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____

genitore¹ dell'alunno/a _____

abitante in via _____ tel. _____

che frequenta la scuola _____ per l'anno scolastico ____/____

¹

- Esercente la potestà genitoriale

CHIEDE

La preparazione di un particolare regime alimentare per motivi di salute:

DIETA NUOVA

Occorre presentare una certificazione medica (del medico curante o del Servizio Sanitario Nazionale) che attesti la necessità di seguire una dieta particolare.

RICONFERMA DIETA

Occorre presentare una certificazione medica (del medico curante o del Servizio Sanitario Nazionale) qualora vi sia la necessità di modificare la dieta, in seguito a cambiamenti della patologia/allergia.

L'alunno/a è presente a mensa il: (barrare le caselle corrispondenti): tutti i gg. oppure

Lunedì

Martedì

Mercoledì

Giovedì

Venerdì

Il richiedente dichiara fin da ora di essere informato ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 (T.U.) che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma del richiedente

Da consegnare a:

Ufficio Scuola – Piazza Litta Modignani, 9

Dal Lunedì al Venerdì dalle 8.30 alle 11.30; il Mercoledì anche dalle 17.30 alle 18.45.
