

---

## Richiesta dieta speciale per MOTIVI DI SALUTE

---

Al Comune di Ossonova  
- Ufficio Scuola -

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

genitore<sup>1</sup> dell'alunno/a \_\_\_\_\_

abitante in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

che frequenta la scuola \_\_\_\_\_ per l'anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_

<sup>1</sup>

- 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.

---