



MODELLO D

RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE

Il/la sottoscritto/a (*nome e cognome*) _____

genitore dell'alunno/a _____

che frequenta la Scuola Primaria la Scuola Secondaria di I° Grado per l'A.S. _____

CHIEDE

1) Che il/la proprio/a figlio/a **segua per motivi di salute UNA DIETA SPECIALE.**

A tal proposito, **ALLEGA** in data _____

la certificazione medica del medico curante o del Servizio Sanitario Nazionale che attesta la necessità di seguire una dieta particolare.

L'alunno/a è presente a mensa il: (*barrare le caselle corrispondenti*):

tutti i giorni

oppure

Lunedì

Martedì

Mercoledì

Giovedì

Venerdì

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. N° 196/2003 (*codice in materia di protezione dei dati personali*) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma di uno dei genitori

Il presente modulo va compilato in tutte le sue parti e consegnato presso la Segreteria didattica dell'Istituto.

