

RICHIESTA PREDISPOSIZIONE DIETA
Anno Scolastico 2022/2023

Il/la sottoscritto/a _____ recapito telefonico _____ con
la presente richiede la PREDISPOSIZIONE della dieta per il/la figlio/a:

SCUOLA: _____

CLASSE: _____ SEZIONE: _____

Giorni settimanali di presenza in mensa:

LUNEDI' MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI' VENERDI'

Nel caso di patologia e/o intolleranza e/o allergia alimentare, ALLEGARE:

Certificazione Dieta Speciale (oppure) Certificato Medico

Nel caso di problematiche alimentari croniche (Diabete, Morbo Celiaco, Favismo) già comunicate nell'anno scolastico precedente, DICHIARARE:

Confermo che permangono le condizioni di cui al Certificato Medico dell'anno precedente.

Nel caso di dieta per motivi etico-religioso, COMPILARE la voce che interessa:

Etico -vegetariano

Religioso senza carne di maiale (oppure) senza carne ogni tipo

Il/la dichiara:

- ✓ di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445;
- ✓ di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. 196/2003 e al Reg. UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene resa.

Data _____

Firma del genitore o di chi ne fa le veci
