

RICHIESTA DIETA SPECIALE
ANNO SCOLASTICO 2024/2025

Al Responsabile del SIAN
ASSL di Lanusei

Prima richiesta

Rinnovo

Il\la Sottoscritto\a _____
genitore dell'alunno\la _____ Sesso |M| |F|
nato a _____ il _____ e residente a _____
frequentante la scuola _____ classe _____ sez. _____

chiede la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di: (barrare la casella interessata)

Dieta per allergia o intolleranze alimentari (allegare gli esiti dei tests allergologici e certificazione allergologica o certificazione medica di centro specialistico con elenco dettagliato degli alimenti vietati);

Dieta speciale per patologia (allegare la certificazione medica o di centro specialistico con elenco dettagliato degli alimenti vietati);

Dieta per motivazioni Etico-Religiose, precisando che non dovranno essere somministrati i seguenti alimenti (si prega di scrivere in stampatello):

Recapito per eventuali comunicazioni (in stampatello):

Cognome Nome _____ tel. _____

Via _____ Città _____

Indirizzo e-mail _____

DATA _____ FIRMA _____

Si allega fotocopia della carta d'identità in corso di validità.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e GDPR 2016/679 autorizzo il trattamento dei dati personali esclusivamente ai fini del presente provvedimento.

DATA _____ FIRMA _____