

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DEL IV CIRCOLO "G.B. QUINCI"
MAZARA DEL VALLO

RICHIESTA DIETA INDIVIDUALE PER MOTIVI DI SALUTE O ETICI

IL/LA SOTTOSCRITTO (**)

INDIRIZZO E MAIL

RECAPITO TELEFONICO

GENITORE DEL BAMBINO/A (**)

CHE FREQUENTA

LA SCUOLA DELL'INFANZIA SEZIONE _____ PLESSO _____

LA SCUOLA PRIMARIA CLASSE _____ SEZ. _____

D I C H I A R A

CHE IL PROPRIO FIGLIO/A E' AFFETTO/A DA:

INTOLERANZA ALIMENTARE (si allega certificato medico in originale con diagnosi e alimenti da escludere)

ALLERGIA ALIMENTARE (si allega certificato medico in originale con diagnosi e alimenti da escludere)

MALATTIA METABOLICA - celiachia - diabete - favismo - altro (si allega certificato medico in originale ed eventuale elenco degli alimenti da escludere)

ALTRO - specificare _____ si allega certificato medico in originale con elenco degli eventuali alimenti da escludere (da non allegare per motivi etici/religiosi)

(*) una richiesta per ogni bambino/a

(**) compilare in stampatello

Mazara del Vallo, li _____

FIRMA DEI GENITORI

Informativa ai sensi del combinato disposto di cui agli articoli 13 del Reg. UE 679/2016 e dell'art 13 del DLgs. 196/2003 "codice in materia di protezione dei dati personali".

Il/la sottoscritto/a letto l'informativa ricevuta, "Acconsento al trattamento dei dati appartenenti alle particolari categorie di cui all'art. 9 del Reg. Ue n. 679/2016, per le finalità indicate nell'informativa sul trattamento dei dati personali"

Firma _____