

Oggetto: Servizio Mensa – Richiesta Diete personalizzate

Il sottoscritto .....

nato a ..... il .....

e

la sottoscritta .....

nata a ..... il .....

In qualità di genitori (o tutori o soggetti affidatari ai sensi della Legge n. 184 del 184 del 04.05.1983)  
dell'alunn.... ..

frequentante la classe ..... Sezione .....

Scuola Primaria

Scuola Secondaria di Primo Grado

Liceo .....  Semiconvittore  Convittore

COMUNICANO

che il proprio figlio/a:

È affetto da allergie/intolleranze alimentari indicate nella certificazione medica allegata e regime alimentare personalizzato, debitamente firmato dal medico, rilasciato su carta intestata.

Necessita di dieta personalizzata per motivi etico-religiosi.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs n.196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai fini della presente comunicazione.

Si allegano:

- la certificazione medica

- regime alimentare personalizzato, debitamente firmato dal medico, rilasciato su carta intestata

Luogo e Data.....

Firma dei genitori

.....

.....