

OGGETTO: Richiesta dieta speciale per l'anno scolastico 2020/2021

Il sottoscritto ..... genitore di .....

Data di nascita ..... Tel. ....

Frequentante la Scuola ..... classe.....Sez. ....

1. Chiede una dieta speciale per il/la proprio/a figlio/a affetto da:

- Intolleranza alimentare
- Allergia alimentare
- Malattia metabolica ( diabete, celiachia, favismo, ....)

Si allega certificato medico dello specialista, in originale.

2. Chiede che il/la proprio/a figlio/a, segua una dieta vegetariana, o per motivi .....  
non consumi .....

Il sottoscritto si impegna a comunicare alla dietista l'eventuale sospensione della dieta richiesta.

**La richiesta va consegnata in busta chiusa all'Ufficio Protocollo del Comune di Campagnano di Roma**

Campagnano di Roma,.....

Firma

Informativa ai sensi dell'art.10 della Legge 675/1996 : i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per le quali sono richiesti e saranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.