

Anno scolastico _____

Il sottoscritto _____
genitore dell'alunno _____ nato il _____
residente a _____, via _____ tel _____
frequentante la classe/sezione _____ della Scuola _____

CHIEDE

1) la preparazione di un particolare regime alimentare per motivi di salute:

NUOVA DIETA SPECIALE per:

- Allergia** (allego certificazione medica specialistica o test allergologici)
- Intolleranza** (allego certificazione medica specialistica o relazione clinica dettagliata redatta dal pediatra)
- Altre patologie** (allego certificazione medica con indicazione dietetica dettagliata ed indicante il periodo di tempo per il quale è richiesta la dieta)

Per l'adattamento della tabella dietetica da parte del servizio dell'ASL è indispensabile allegare il versamento effettuato tramite C.C.P. n. 41467200 intestato ad ASL Provincia di Milano 3 Monza Settore IPA TSLL Servizio di Tesoreria Euro 35,00 specificando all'oggetto voce 29.

RICONFERMA DIETA

Qualora vi sia necessità di modificare la dieta, in seguito a cambiamenti della patologia/allergia occorre ripresentare la certificazione medica descritta la punto precedente

2) Fa presente che il proprio figlio per motivi religiosi non può assumere:

3) Fa presente che il proprio figlio sospende la dieta speciale e può seguire il menù scolastico dal giorno _____

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS 196/2003

Ai sensi del D.lgs n. 196/2003 si informa che il trattamento dei dati sarà improntato ai principi di correttezza e tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti. La informiamo che il trattamento dei dati avviene mediante strumenti manuali ed informatici in modo da garantire la sicurezza e riservatezza.

La dieta sarà comunicata alla Dietista, al Centro Cottura della Ditta Appaltatrice, all'Istituto Comprensivo e alle coordinatrici presso le scuole. Inoltre sarà oggetto di valutazione da parte del Settore competente dell'ASL.