

Richiesta Dieta Speciale per motivi sanitari

Il sottoscritto.....nato il
 a.....abitante a.....
 viatel. cellulare
 genitore dinato il.....
 a Codice fiscale (figlio).....
 frequentante la scuola: ☐ **infanzia** ☐ **primaria** ☐ **secondaria di I°**
 (nome della scuola) classe sezione
 È presente in mensa nei seguenti giorni:

Lunedì ☐	Martedì ☐	Mercoledì ☐	Giovedì ☐	Venerdì ☐
---------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Dichiara che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a da:

- ☐ **Intolleranza alimentare**
- ☐ **Allergia alimentare**
- ☐ **Malattia metabolica** (es. celiachia, favismo, diabete o altro) specificare

Per quanto sopra si allega **CERTIFICAZIONE MEDICA** in originale.

TEMPI PRESENTAZIONE RICHIESTA E PREDISPOSIZIONE DIETE SPECIALI

Ulteriori specifiche: L'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione:

- ☐ Può essere tollerato ☐ **NON** può essere tollerato

Le certificazioni e dichiarazioni hanno validità di un solo anno scolastico ad eccezione di quelle relative a malattie metaboliche.

Il modulo compilato dovrà essere consegnato presso il Centro Cottura di Via Roma n. 193 a Piandiscò dal LUN a VEN dalle ore 8,00 alle ore 10,30 oppure inviato per mail a: info@centropluriservizi.com
La dieta speciale sarà garantita dal 3° giorno successivo alla data di presentazione della richiesta

Nel caso di sospensione del pasto, per qualsiasi motivo o trasferimento ad altra scuola, preghiamo informare tempestivamente questi uffici.

DICHIARA INOLTRE

Di aver preso atto di quanto contenuto nella informativa di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 visionabile sul sito Web di Centro Pluriservizi spa inerente il servizio di refezione scolastica svolto per conto del Comune

Data

Firma