

Richiesta Dieta Speciale per motivi sanitari

Il sottoscritto (nome e cognome GENITORE)..... nato il
a abitante in via.....
a tel. cellulare

genitore di (nome e cognome FIGLIO)nato il
a Codice fiscale (figlio).....

frequentante la scuola: **infanzia** **primaria** **media**
(nome della scuola) classe sezione

È presente in mensa nei seguenti giorni:

Lunedì <input type="checkbox"/>	Martedì <input type="checkbox"/>	Mercoledì <input type="checkbox"/>	Giovedì <input type="checkbox"/>	Venerdì <input type="checkbox"/>
---------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

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**.

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 all'ufficio Mensa, in via Amendola 6 a Montevarchi (AR), il martedì e giovedì dalle ore 8:30 alle 10:30, oppure inviato a mensamtv@centropluriservizi.com.

La dieta speciale sarà garantita dal 3° giorno successivo alla data di presentazione della richiesta

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

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

Montevarchi,

Firma