CENTROPLURISERVIZI S.p.A.

Richiesta Dieta Speciale per motivi sanitari

Il sottoscritto……nato il ……

a……abitante a……

via ……tel. cellulare ……

genitore di ……nato 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

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 ……

sede legale e uffici: Sesta strada Poggilupi 353 - 52028 Terranuova Bracciolini (Ar)
P.Iva e codice fiscale 01288290511
Tel 055/9199225 E - Mail: info@centropluriservizi.com - E-Mail certificata: centropluriservizispa@lamiapec.it
REA 95762 C.C.I.A.A. di Arezzo – Capitale Sociale € 536.855,55 i.v.