

Oggetto: Comunicazione di allergie e intolleranze alimentari, diete speciali

I sottoscritti _____, genitori dell'alunno/a _____

della classe _____, della scuola (Infanzia-Primaria- Sec. I grado) _____
comunicano (barrare le voci interessate):

allergie/ intolleranze alimentari- **allegare obbligatoriamente esiti dei test allergologici e certificazione allergologica o certificazione medica di centro specialistico**

dieta speciale per malattia metabolica (diabete, obesità, ecc) o di esclusione (favismo, celiachia, fenilchetonuria, glicogenosi) – **allegare obbligatoriamente certificato medico e di centro specialistico**

dieta speciale per motivi etico-religiosi, precisando che non dovranno essere somministrati i seguenti alimenti: _____

N.B.: le diete, di cui ai primi due punti, non saranno prese in considerazione, in mancanza del certificato medico richiesto che dovrà riportare una diretta precisazione degli alimenti da evitare

La richiesta ha valenza per un solo anno scolastico, pertanto, se necessario, dovrà essere rinnovata di anno in anno.

INFORMATIVA SUI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEI DICHIARANTI (D. LGS 30/06/2003, n. 196)

La scuola informa che i dati personali inseriti nel presente modulo e/o documenti allegati sono oggetto di trattamento ai fini dell'elaborazione della dieta speciale da Voi richiesta. Ogni richiesta sarà visionata dalla scuola e dalla Società erogatrice del servizio mensa per conto del Comune.

L'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 è a disposizione del competente ufficio comunale.

Si autorizza pertanto il trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma dei genitori

Si allegano le fotocopie dei documenti di identità di entrambi i genitori