

**MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI
PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA**

Servizio Nutrizionale di Euroristorazione

tel. **3351773993**

fax n. _____

mail **serviziodietetico.garba@euroristorazione.it**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ via/piazza _____ n° _____

tel. abitazione n° _____

cell. n° _____

che frequenta la classe _____ sez. _____

della scuola _____

per l'anno scolastico 2023/2024

Il bambino è presente in mensa nei seguenti giorni:

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

CHIEDE

la somministrazione al\alla proprio\la figlio\la di (barrare la casella interessata)

⇒ **Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a tal fine si allega:**

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

⇒ **Dieta speciale per celiachia a tal fine si allega:**

- certificazione del medico curante con diagnosi

⇒ **Dieta speciale per altre condizioni permanenti a tal fine si allega:**

- certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Data _____

Firma _____

Il trattamento avverrà conformemente al Reg. EU 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche. Informativa completa disponibile presso il comune sede di erogazione del servizio e/o il portale informatico di iscrizione al servizio.