

(modulo A)

**RICHIESTA DI TABELLA DIETETICA MODIFICATA
PER INTOLLERANZA / ALLERGIA ALIMENTARE / ALTRA PATOLOGIA**

Io sottoscritto/a

genitore/tutore del bambino/a

nato/a il

residente nel Comune di

Via N°

N° telefono N° cellulare

iscritto alla scuola classe

nel Comune di

usufruisce del servizio mensa nei seguenti giorni: (specificare)

lunedì

martedì

mercoledì

giovedì

venerdì

tutti i giorni

CHIEDO

che vengano apportate modifiche alla tabella dietetica in vigore nella scuola sopra citata per l'anno scolastico

ALLEGO

la certificazione medica nel rispetto delle indicazioni riportate sul retro.

Il sottoscritto acconsente che l'ASL VCO tratti i propri dati personali (comuni e sensibili) purché tale trattamento sia svolto nei limiti imposti da leggi, regolamenti, alle Pubbliche Amministrazioni, per lo svolgimento dei fini istituzionali.

Data

Firma

N.B. IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI E RESTITUITO AL RESPONSABILE DELLE MENSE SCOLASTICHE DEL COMUNE / DELL'ISTITUTO, CHE PROVVEDERÀ AD INVIARLO ALL'ASL VCO - SIAN - STRUTTURA SEMPLICE DI NUTRIZIONE, PER GLI OPPORTUNI PROVVEDIMENTI.