

COMUNE DI ESCALAPLANO

PROVINCIA DI CAGLIARI

Arrivo il

Prot. N.

AL COMUNE DI ESCALAPLANO

Richiesta servizio mensa scolastica anno scolastico ____/____
iscritti alle Scuole dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado.

Richiesta dieta speciale per MOTIVI DI SALUTE

Il/La sottoscritto/a _____, genitore del/la bambino/a
_____ nato/a _____ il _____ e residente a
_____ in Via/P.zza _____ n. ____ telefono _____ che
frequenta la scuola _____ per l'anno scolastico ____/____

CHIEDE**La preparazione di un particolare regime alimentare per motivi di salute:**

- NUOVA DIETA** Occorre presentare una certificazione medica (del medico curante o del Servizio Sanitario Nazionale) che attesti la necessità di seguire una dieta particolare.
- MODIFICA DELLA DIETA** Occorre presentare una certificazione medica (del medico curante o del Servizio Sanitario Nazionale) qualora vi sia la necessità di modificare la dieta, in seguito a cambiamenti della patologia/allergia.

Il/la bambino/a è presente a **mensa** il: (barrare le caselle corrispondenti) :

- tutti i gg. oppure
- Lunedì*
- Martedì*
- Mercoledì*
- Giovedì*
- Venerdì*

Il richiedente dichiara di essere informato ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma del richiedente

N.B LA PREPARAZIONE DEL PARTICOLARE REGIME ALIMENTARE VERRA' FORNITO COMPATIBILMENTE CON LA TABELLA DIETETICA DELLA ASL E LE ESIGENZE LAVORATIVE DELLA CUCINA DEL SERVIZIO MENSA SCOLASTICA.