

**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.**