

Oggetto: Richiesta predisposizione Dieta Speciale

Il / La sottoscritto/a _____
residente in via _____ n. _____
città _____ recapito telefonico _____
genitore di _____ nato/a a _____
il _____
frequentante per l'anno scolastico 20___/20___ la Scuola dell'INFANZIA del IV CIRCOLO
DIDATTICO di ACERRA
PLESSO _____
sezione _____

1) Fa presente che il proprio figlio è affetto da:

- Intolleranza alimentare
- Allergia alimentare
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)
- Obesità - sovrappeso
- Gastrite, gastroduodenite persistente
- Chetosi transitoria
- Altro

Allo scopo allega - in busta chiusa -certificato medico recente

n.b. Il certificato medico deve essere recentemente rilasciato dai Pediatri di libera scelta o dagli Specialisti in allergologia o malattie metaboliche con diagnosi della patologia e prescrizione dettagliata degli alimenti / ingredienti da utilizzare e/o precisa indicazione terapeutica; nel caso di necessità di utilizzo di prodotti dietetici speciali è necessario farlo presente nel medesimo certificato.

2) Fa presente che il proprio figlio per motivi etici o religiosi non può assumere:

Data _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a prende atto che, in riferimento al D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), i dati personali e/o sensibili forniti nel presente modulo e/o i documenti allegati saranno oggetto di trattamento ai soli fini della elaborazione della dieta speciale .

Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini di predisporre la dieta speciale . Il diniego a fornire i dati personali e a sottoscrivere il consenso non consentirà di predisporre la dieta.

I dati saranno utilizzati per finalità di carattere istituzionale e non saranno oggetto di diffusione.

Data _____

Firma _____