

All' Ufficio Pubblica Istruzione
Comune Casalpusterlengo
Piazza del Popolo, 22

RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

Il/La sottoscritto/a _____

Genitore dell'alunno/a _____

Nato a _____ il ___/___/_____

Residente a _____ in Via/Piazza _____ n° _____

Cell _____/_____

Che frequenta per l'a.s. _____/_____ la Scuola _____ classe _____

CHIEDE

La riformulazione della tabella dietetica in vigore per l'anno scolastico _____/_____ in base alle indicazioni riportate nel certificato medico che allega.

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che:

- La dieta speciale verrà formulata dal gestore del Servizio Mensa, mediante i propri alimentaristi e nutrizionisti, e successivamente approvate da parte dell'Asl. Successivamente, una copia della dieta verrà trasmessa ai genitori.
- Il certificato medico verrà ritenuto valido per un anno scolastico, salvo nuove controindicazioni mediche che vengano presentate dalla famiglia.

Data

Firma

___/___/_____

La presente istanza è valida solo se accompagnata da copia del documento di identità valido o, in alternativa, firmata di fronte a pubblico ufficiale. Per i cittadini stranieri allegare SEMPRE copia della carta o permesso di soggiorno.

Il sottoscritto dichiara di essere informato in merito al trattamento dei dati ai sensi del GDPR – Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla protezione dei dati". I dati sopra riportati verranno utilizzati esclusivamente ai fini del procedimento per il quale sono richiesti.

Alla presente istanza dovrà essere allegata la copia fotostatica, anche non autenticata, di documento di identità purché in corso di validità.

Informativa privacy: <https://www.comune.casalpusterlengo.lo.it/index.php/privacy-policy-e-cookie>