

## RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

Scheda da compilare a cura del Titolare dei dati e da trasmettere a [affarisociali@comune.mottavisconti.mi.it](mailto:affarisociali@comune.mottavisconti.mi.it)

### SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA DI MOTTA VISCONTI

ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_/\_\_\_\_

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore di

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

#### FREQUENTANTE IL SERVIZIO PRESSO LA SCUOLA

- dell'Infanzia "Il giardino dei ciliegi" sezione \_\_\_\_\_ /  nuova iscrizione (barrare se si tratta del primo anno)
- Primaria "Ada Negri" classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ nuova iscrizione
- Secondaria di I grado "Scotti Aquilino" classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_/  nuova iscrizione

#### FA RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER

Tipologia	ALIMENTI/NUTRIENTI VIETATI
INTOLLERANZA (*)	
ALLERGIA (*)	
ETICO/RELIGIOSA	

Autorizza, ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 30.6.2003, il trattamento dei dati personali forniti. Prende atto che i dati sono raccolti e trattati per le finalità di gestione ed erogazione della dieta speciale e si impegna a comunicarne ogni variazione.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**(\*) ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE CERTIFICATO MEDICO**