

➤ AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DEL II CD "DON PEPPE DIANA"

➤ AL COMUNE DI ACERRA
SERVIZIO ISTRUZIONE E ASSISTENZA SCOLASTICA

OGGETTO: RICHIESTA PREDISPOSIZIONE DIETA SPECIALE

Il / La sottoscritto/a _____

residente in via _____ N. _____

città _____ recapito telefonico. _____

genitore dell'alunno/a _____ nato/a a _____

il _____

frequentante per l'anno scolastico 2023/2024 la Scuola dell'INFANZIA II CD DIDATTICO di ACERRA

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:

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 _____