

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare alla Direzione unitamente alla certificazione del medico curante)

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

genitore o esercente potestà genitoriale del/la bambino/a:

nato/a _____ il _____

residente in _____ via/piazza _____ n. _____

tel. abitazione n°.....

tel. Ufficio/cellulare n°.....

che frequenta la classe _____ sez. _____ della scuola _____

_____ per l'anno scolastico _____ / _____

CHIEDE

Il bambino é presente in mensa nei seguenti giorni:

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

la somministrazione al\alla proprio\ a figlio\ a di (barrare la casella interessata):

Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a tal fine si allega:

Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione;

Dieta speciale per la celiachia a tal fine si allega:

Certificazione del medico curante con diagnosi;

Dieta etico religiosa

I SOTTOSCRITTI genitori acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs

30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.

SI

NO

Il _____

Data _____

Firma dei genitori

PADRE

MADRE
