

RICHIESTA DIETA SPECIALE

Il sottoscritto _____, cod ISS _____
(cognome) (nome)

in qualità di padre madre tutore

chiede che l'alunno/a:

cognome _____ nome _____ cod ISS _____

frequentante la classe _____ del plesso scolastico di _____

per l'intero anno scolastico

per il periodo dal _____ al _____

possa seguire una dieta speciale:

per problematiche connesse alla salute documentate con certificato medico, rilasciato dall'U.O.C. Pediatria dell'I.S.S. per particolari esigenze cliniche:

intolleranze e allergie (*certificato con validità annuale*)

celiachia (*certificato con validità permanente*)

particolari patologie (*certificato con validità permanente*)
ad es.: nefropatie croniche, diabete, dislipidemie, ecc.

per motivi religiosi: cibi da evitare: _____

I sottoscritti dichiarano, inoltre, di essere a conoscenza che le informazioni e i dati personali contenuti nella presente richiesta saranno trattati in conformità all'Informativa pubblicata sul portale dello Stato <https://www.gov.sm/Privacy.html> - "Privacy".

San Marino, _____

(Firma del dichiarante)