

RICHIESTA DIETA SPECIALE

Noi sottoscritti _____ e _____
genitori/tutori/rappresentanti legali dell'alunno/a _____ cod.ISS _____
frequentante la classe _____ nel plesso di _____

chiediamo che l'alunno/a possa seguire una dieta speciale:

☐ per l'intero anno scolastico

☐ per il periodo dal _____ al _____

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

☐ intolleranze e allergie

☐ celiachia

☐ particolari patologie

ad es.: nefropatie croniche, diabete, dislipidemie, ecc.

☐ per motivi religiosi: cibi da evitare: _____

☐ Dichiariamo di essere a conoscenza che le informazioni e i dati personali contenuti nella presente
saranno trattati in conformità all'Informativa pubblicata sul sito dello Stato

<https://gov.sm/pub2/GovSM/Dipartimenti/Dipartimento-Istruzione-e-Cultura/Scuola-Elementare.html>

La presente richiesta deve essere trasmessa alla Direzione Scuola Elementare tramite e-mail:
info.elementari@pa.sm

San Marino, _____

Firma dei genitori/tutori/rappresentanti legali
