

RICHIESTA DIETA SPECIALE

Noi sottoscritti _____ e _____
genitori/tutori 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, 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 della Scuola Elementare www.elementare.educazione.sm/ nella sezione Documentazione famiglie

La presente richiesta deve essere trasmessa alla Direzione Scuola Elementare tramite fax al numero 0549-882711 oppure tramite e-mail a: info.elementari@pa.sm

San Marino, _____

Firma dei genitori/tutori

.....
.....