

## RICHIESTA DIETA SPECIALE A.S. 2024/2025

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt\_\_\_ \_\_\_\_\_  
genitore/tutore dell'alunn\_\_\_ \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_  
plesso \_\_\_\_\_

CHIEDE

che venga somministrata al minore una dieta speciale per:

- intolleranza alimentare
- allergia alimentare
- patologia

A tal fine, si allega certificato medico.

<b>Indicazioni utili per la predisposizione del certificato medico</b>
--

Il certificato medico per la richiesta di dieta speciale deve necessariamente contenere le seguenti informazioni:
---

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• dati anagrafici del minore</li><li>• intolleranza, allergia o patologia</li><li>• alimenti da escludere</li></ul> |
|---|

Data

Firma

.....

.....

*Dichiara di aver preso visione dell'informativa al trattamento dei dati personali sul sito istituzionale del Comune di Bari alla sezione corrispondente il servizio di refezione scolastica e di prestare il proprio consenso all'utilizzo dei dati comunicati con il presente modulo per tutte le finalità, così come specificate nella "INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI PERSONALI (art.9 e 13 REG. UE 2016/679).*

Data

Firma

.....

.....