



ISTITUTO COMPRENSIVO PACE DEL MELA

VIA G. DI VITTORIO, 34 – 98042 PACE DEL MELA (ME) - TEL./FAX 090 9560717 – 090 9560715

Cod. Fiscale 82002540837 – cod. mecc. MEIC842006 - Codice Univoco UFZE4T

Web: www.icpacedelmela.edu.it - e mail: meic842006@istruzione.it - meic842006@pec.istruzione.it

RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE

Il/la sottoscritto/a _____

genitore del/la bambino/a _____

abitante in via _____ tel. _____

che frequenta la scuola _____ classe _____

per l'anno scolastico _____ / _____

CHIEDE

la preparazione di un particolare regime alimentare per motivi di salute (intolleranze, allergie.....) e allega la relativa certificazione medica:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> celiachia | <input type="checkbox"/> favismo |
| <input type="checkbox"/> senza latte e derivati | <input type="checkbox"/> senza pomodoro |
| <input type="checkbox"/> senza pesce | <input type="checkbox"/> senza uovo |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> senza frutta secca |

Periodo di validità dal _____ al _____ (all'inizio di ogni anno scolastico dovrà essere ripresentata la certificazione medica)

Non verranno prese in considerazione certificazioni mediche che non indichino in modo dettagliato la dieta prescritta, nonché gli ingredienti da evitare nella preparazione della stessa.

Il richiedente dichiara di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30/6/2003 n.196 che i dati riportati nel presente modello e/o nella documentazione allegata saranno trattati esclusivamente ai fini dell'elaborazione ed erogazione della dieta differenziata per cui viene fatta richiesta.

Data _____

Firma del richiedente _____