

MODELLO B/ GENITORI (richiesta di dieta differenziata)

Al Dirigente Scolastico del _____

Il/la sottoscritto/a _____ Padre / Madre del/la bambino/a
_____ frequentante la Classe: _____ Sezione: _____Grado: ☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria I grado ☐ Secondaria II grado

dell'Istituto/Scuola: _____ Plesso: _____

Comune: _____ Recapiti telefonici dei genitori:

Madre: _____ Padre: _____ Anno scolastico ____ / ____

C H I E D E

che al/alla figlio/a venga somministrata dieta differenziata per:

- ☐ Allergia o intolleranza a
- ☐ Celiachia
- ☐ Obesità
- ☐ Diabete
- ☐ Favismo
- ☐ Fenilchetonuria
- ☐ Motivi etico-religiosi con esclusione dei seguenti alimenti: _____

- ☐ Selettività alimentare dovuta a: _____
- ☐ altro (specificare) _____

Allega la certificazione medica, dichiarando la validità per l'intero ciclo scolastico.

I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs. 101/2018 e successive modifiche.

Data _____ Firma dei genitori _____ / _____