

**MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI  
PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA**

**Servizio Nutrizionale di Euroristorazione**

tel. 0444 580699

mail: [nadia.lovisetto@euroristorazione.it](mailto:nadia.lovisetto@euroristorazione.it)

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. abitazione n° \_\_\_\_\_  
cell. n° \_\_\_\_\_ che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
della scuola \_\_\_\_\_

per l'anno scolastico 2023/2024

l'alunno/a è presente in mensa nei seguenti giorni:

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

**CHIEDE**

la somministrazione a\alla proprio\la figlio\la di (barrare la casella interessata)

**Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a tal fine si allega:**

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

**Dieta speciale per celiachia a tal fine si allega:**

- certificazione del medico curante con diagnosi

**Dieta speciale per altre condizioni permanenti a tal fine si allega:**

- certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il trattamento avverrà conformemente al Reg. EU 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche. Informativa completa disponibile presso il Comune sede di erogazione del servizio e/o il portale informatico di iscrizione al servizio.