

**Modulo Alunni dieta speciale per motivi di salute con
presentazione di certificazione medica - Modulo - A -**

All'ENTE GESTORE
del Servizio di
Ristorazione Scolastica
Comune di Busto Garolfo

Al Dirigente scolastico
ICS TARRA di Busto Garolfo

Anno scolastico

I sottoscritti (nome e cognome):

madre

nata a

il

padre

nato a

il

genitori o esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a

che frequenta la Scuola

classe

sezione

residente in via

tel.

indirizzo e-mail

CHIEDE

La preparazione di un particolare regime alimentare per **motivi di salute**:

<input type="checkbox"/> DIETA NUOVA	<input type="checkbox"/> RICONFERMA DIETA
In questo caso occorre presentare un certificato medico (pediatra o medico di medicina generale o medico specialista in allergologia ed immunologia clinica o gastroenterologia) che attesti la necessità di seguire un regime dietetico particolare, SUPERIORE A TRE GIORNI.	In questo caso occorre presentare un certificato medico aggiornato solo nel caso di <u>allergie e/o intolleranze</u> , e non di altre malattie metaboliche (diabete, fenilchetonuria, favismo ecc.) e celiachia.

DICHIARA

di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati personali e di acconsentire al trattamento dei dati ai sensi della vigente normativa (D.Lgs 196/2003 ART. 13) ASL Milano 1 - Gestione Diete Speciali - Linee guida -.Aggiornamento 2013.

ALLEGA

Certificato medico per dieta speciale per motivi sanitari

Firma dei genitori richiedenti
o affidatari che esercitano la patria potestà

Data

VISTO

Il Dirigente Scolastico

Da inviare per e-mail a miic8dl00n@istruzione.it
oppure **consegnare** a mano c/o l'ufficio di segreteria
Scuola Caccia di Busto Garolfo via Correggio, 80
da lunedì a venerdì dalle 8 alle 9 – dalle 13 alle 14