

Modulo dieta speciale per motivi di salute con presentazione di certificazione medica per il personale scolastico - Modulo - A1-

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

Al Dirigente scolastico
ICS TARRA di Busto Garolfo

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)

residente in via

a

Tel.

docente/educatore presso la Scuola

classe/i

indirizzo e-mail

per l'anno scolastico

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.

Il/la sottoscritto/a è presente a mensa (barrare caselle corrispondenti):

Tutti i giorni oppure

Lunedì *Martedì* *Mercoledì* *Giovedì* *Venerdì*
(oppure allegare calendario dettagliato).

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 del docente o educatore

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