

Richiesta dieta speciale per MOTIVI DI SALUTE

Al Sindaco del Comune di Prato

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

genitore¹ del/la bambino/a _____

abitante in via _____ tel. _____

che frequenta la scuola _____ per l'anno scolastico ____/____

¹ O affidatario che esercita la patria potestà

CHIEDE

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

DIETA NUOVA

Occorre presentare una certificazione medica (del medico curante o del Servizio Sanitario Nazionale) che attesti la necessità di seguire una dieta particolare.

RICONFERMA DIETA

Occorre presentare una certificazione medica (del medico curante o del Servizio Sanitario Nazionale) qualora vi sia la necessità di modificare la dieta, in seguito a cambiamenti della patologia/allergia.

Il/la bambino/a è presente a mensa il: (barrare le caselle corrispondenti) : tutti i gg. oppure

Lunedì

Martedì

Mercoledì

Giovedì

Venerdì

Il richiedente dichiara fin da ora di essere informato ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 (T.U.) che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma del richiedente

Da consegnare a:

Servizio Pubblica Istruzione U.O. Refezione scolastica –Via de' Migliorati, 1/A tel. 0574 1836407-08 - fax 0574 1836459
orario di apertura al pubblico: Lunedì e giovedì dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00 Mercoledì 9.00-13.00

Spazio riservato all'ufficio Servizio Pubblica Istruzione - U.O. Refezione

Codice utente _____ Codice dieta _____ Codice Centro Cottura _____

Codice struttura _____ Data di inserimento _____