

**RICHIESTA DIETA SPECIALE**

Al Sindaco del  
Comune di CUTRO

Al Responsabile U.O. di Medicina Scolastica  
A.S.P di CROTONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
frequentante per l'anno scolastico 2024/2025 l'I.C. \_\_\_\_\_  
plesso \_\_\_\_\_ classe /sez. \_\_\_\_\_

Chiede per il/la proprio/a figlio/a

- L'attivazione
- La sospensione di una Dieta Speciale per

**1) MOTIVI DI SALUTE**

- Allergia
- intolleranza
- Celiachia
- Obesità
- Favismo
- Fenilchetonuria
- Altro \_\_\_\_\_

A tal fine allega certificato medico che riporta la durata della dieta

**2) MOTIVI ETICI – RELIGIOSI con l'esclusione dei seguenti alimenti:**

- carne di maiale e derivati
- tutti i tipi di carne e derivati
- pesce
- altro \_\_\_\_\_

**GIORNI DI RISTORAZIONE**

- lunedì
- martedì
- mercoledì
- giovedì
- venerdì

Prende atto che, in riferimento al D.lgs 196/2003 (codice privacy) i dati personali sensibili, inseriti nel presente modulo ed i documenti allegati, sono oggetto di trattamento ai soli fini dell'elaborazione delle diete speciali. La dieta speciale sarà automaticamente spedita ai centri cottura ed avrà validità corrispondente a quella del menù.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_