

RICHIESTA DIETA SPECIALEAll'area Affari Generali
Comune di CutroAl 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 2026/2027 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 _____