

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di Viggiano**

Oggetto: Comunicazione di allergie e intolleranze alimentari, diete speciali

I sottoscritti _____, genitori dell'alunno\la _____

della classe _____, della scuola (Infanzia-Primaria) _____

comunicano (barrare le voci interessate):

- allergie/ intolleranze alimentari**- Da allegare: certificato del medico curante con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione.
- dieta speciale per malattia metabolica** (diabete, obesità, ecc) o di esclusione (favismo, celiachia, fenilchetonuria, glicogenosi) – Da allegare: certificato del medico curante con diagnosi.
- dieta speciale per motivi etico-religiosi.** (elencare gli alimenti da sostituire).

N.B.: le diete, di cui ai primi due punti, non saranno prese in considerazione, in mancanza del certificato medico richiesto che dovrà riportare una diretta precisazione degli alimenti da evitare

La richiesta ha valenza per un solo anno scolastico, pertanto, se necessario, dovrà essere rinnovata di anno in anno.

INFORMATIVA SUI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEI DICHIARANTI (D. LGS 30/06/2003, n. 196)

La scuola informa che i dati personali inseriti nel presente modulo e/o documenti allegati sono oggetto di trattamento ai fini dell'elaborazione della dieta speciale da Voi richiesta. Ogni richiesta sarà visionata dalla scuola e dalla Società erogatrice del servizio mensa per conto del Comune.

Si autorizza pertanto il trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma dei genitori
