RICHIESTA DIETA SPECIALE ANNO SCOLASTICO 2024/2025

Al Responsabile del SIAN

ASSL di Lanusei

□ Prima richiesta □ Rinnovo

Il\la Sottoscritto\a genitore dell’alunno\a Sesso |M| |F| nato a il e residente a frequentante la scuola classe sez. chiede la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di: (barrare la casella interessata)

|\_| **Dieta per allergia o intolleranze alimentari** (allegare gli esiti dei tests allergologici e certificazione allergologica o certificazione medica di centro specialistico con elenco dettagliato degli alimenti vietati);

|\_| **Dieta speciale per patologia** (allegare la certificazione medica o di centro specialistico con elenco dettagliato degli alimenti vietati);

|\_| **Dieta per motivazioni Etico-Religiose,** precisando che non dovranno essere somministrati i seguenti alimenti (si prega di scrivere in stampatello):

**Recapito per eventuali comunicazioni** (in stampatello)**:**

Cognome Nome tel. Via Città Indirizzo e-mail

DATA FIRMA

**Si allega fotocopia della carta d’identità in corso di validità.**

**Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e GDPR 2016/679 autorizzo il trattamento dei dati personali esclusivamente ai fini del presente provvedimento.**

DATA FIRMA