

MODELLO PER RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE - PATOLOGIA CRONICA O TRANSITORIA O MOTIVI ETICO RELIGIOSI

(da compilare a cura del medico curante /pediatra di famiglia)

Anno scolastico 20..../20....

COGNOME E NOME DEL BAMBINA/O _____		
DATA DI NASCITA _____		
RESIDENTE A _____	VIA _____	
MEDICO/PEDIATRA _____		
TEL. FISSO _____	CELLULARE _____	
SCUOLA FREQUENTATA: Istituto Comprensivo _____		
Plesso _____	CLASSE _____	SEZ. _____
GIORNI FREQUENZA <input type="checkbox"/> T.P. <input type="checkbox"/> Modulo (specificare i giorni _____)		

PATOLOGIA _____

SPECIFICARE GLI ALIMENTI CONSENTITI _____

SPECIFICARE GLI ALIMENTI DA ELIMINARE _____

N.B.: fatto salvo i casi di patologie rare/croniche di cui agli Allegati 7 e 8 al DPCM 12-01-2017 (LEA), il presente certificato ha validità (barrare il caso che ricorre):

per l'intero anno scolastico per l'intero percorso scolastico fino al

 TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO/PEDIATRA

Consapevole che la richiesta è subordinata al trattamento dei dati personali e sensibili, si dichiara di aver preso visione dell'informativa, predisposta dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, allegata alla presente, ed in qualità di interessato (art. 23 del citato D.Lgs. 196/2003) di prestare il consenso ed autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati nella suddetta informativa.