

## Richiesta diete speciali per l'a.s. 2014-2015

Io sottoscritto/a .....  
abitante in via .....  
Città ..... Tel. ....  
eventuale indirizzo di posta elettronica certificata (PEC).....  
genitore di .....  
frequentante nell'a.s. 2014-2015 la scuola .....  
Classe ..... Sezione .....

CHIEDO CHE A MIO\A FIGLIO VENGA GARANTITA PER L'A.S. 2014-2015 UNA DIETA SPECIALE PERCHÉ AFFETTO\A DA:

- Intolleranza alimentare a (specificare alimento/i).....
- Allergia alimentare a (specificare alimento/i).....
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo etc) (specificare).....
- Altro.....

Allego certificato medico in originale rilasciato da un medico del Sistema Sanitario Nazionale - S.S.N.- e dichiaro di sapere che, per sospendere o variare la dieta speciale durante l'anno scolastico, dovrò far pervenire nuovo certificato medico. La richiesta ha valore ANNUALE.

Solo per le patologie croniche, negli anni successivi sarà sufficiente consegnare un'autocertificazione, accompagnata da fotocopia di documento di identità, dalla quale risulti che nulla è mutato nel quadro clinico del bambino.

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n° 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”:** i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra, si riferisce.

Caselle Torinese, .....

Firma

.....