

**MODULO DI RICHIESTA DIETA SPECIALE  
PER IL SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA**

Il/la sottoscritto/a .....

Codice fiscale .....

Recapito telefonico .....

Genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale del minore per cui si richiede dieta speciale  
(cognome e nome del minore) .....

Nato/a a ..... il .....

Residente in .....

Via.....n. .... CAP .....

Che frequenta la Scuola .....

Classe ..... Sez. .... per l'anno scolastico .....

**RICHIEDE**

(selezionare la prestazione richiesta barrando l'apposito spazio)

- Dieta Speciale per motivi di salute: **allergia o intolleranza alimentare**  
a tal fine si allega:
- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
  - Informativa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 firmata dal genitore
  - Copia di un Documento d'identità

- Dieta Speciale per motivi di salute: **celiachia**  
a tal fine si allega:
- Certificato del medico curante con diagnosi
  - Informativa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 firmata dal genitore
  - Copia di un Documento d'identità

- Dieta Speciale per motivi di salute: **altre condizioni permanenti**  
a tal fine si allega:
- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
  - Informativa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 firmata dal genitore
  - Copia di un Documento d'identità

- Dieta Speciale per **motivi etico-religiosi**  
a tal fine si allega:
- Informativa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 firmata dal genitore
  - Copia di un Documento d'identità

Il/la bambino/a è presente in mensa nei seguenti giorni	L	M	M	G	V	S

Data .....

Firma del genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale

.....