

**COMUNICAZIONE DI INTOLLERANZE E O REGIMI
ALIMENTARI PER SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA**

Il/La Sottoscritto/a _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____

in via _____ n. _____ tel/cell _____

Mail (*campo obbligatorio*) _____ C. Fiscale _____

CHIEDE L'APPLICAZIONE DELLA SEGUENTE DIETA SPECIALE

per il/la proprio/a figlio/a _____ nato/a il _____,

C.F. _____ frequentante nell'anno scolastico 2021/22 la

classe _____ sez. _____ della scuola _____ iscritto alla refezione nei giorni:

lunedì; martedì; mercoledì; giovedì; venerdì; (*barrare i giorni*):

MUSULMANA (no carne di maiale);

INDIANA (no carne di bovino);

INTEGRALISTA (no carne di tutti i tipi);

VEGETARIANA (no carne, no pesce);

VEGANA (no carne, no pesce, no uova, no formaggio);

MOTIVI DI SALUTE – ALLERGIE –INTOLLERANZE (Come da allegato certificato medico)

(*barrare la dieta prescelta*)

Ha visionato l'Informativa ai sensi del Regolamento europeo 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Somma, _____

Il Richiedente

(firma del genitore)