

MODELLO RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI ALLERGIA O
INTOLLERANZA ALIMENTARE

_____ li _____

IO SOTTOSCRITTO/A

COGNOME

NOME

RECAPITO TELEFONICO

CHIEDO CHE MIO FIGLIO

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

FREQUENTANTE LA SCUOLA PRIMARIA DI SAN POLO DI PIAVE

CLASSE

SEZIONE

SIA GARANTITA LA DIETA SPECIALE COME DA CERTIFICATO MEDICO ALLEGATO.

FIRMA

Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.L. 30/06/03 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

FIRMA
