

MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE ANNO SCOLASTICO 2026/2027

Da inviare via mail a: diete.tezze@euroristorazione.it

LE DIETE VANNO RICHIESTE OGNI NUOVO A.S. - QUELLE DELL'ANNO PRECEDENTE NON SARANNO ATTIVATE SE NON VERRA' PRESENTATA LA DOCUMENTAZIONE AGGIORNATA

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____
genitore o tutore dell'alunno/a _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____ n° _____
tel. abitazione n° _____ cell. _____
che frequenta la classe _____ sez. _____ Scuola _____
Comune di _____

l'alunno/a è presente in mensa nei giorni indicati:

LUN	MAR	MER	GIO	VEN
------------	------------	------------	------------	------------

CHIEDE

la somministrazione al\alla proprio\la figlio\la di (barrare la casella interessata):

- Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a tal fine si allega:**
 - Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
 - Liberatoria ad utilizzare alimenti con possibili tracce di _____
 - Allergia da shock anafilattico con utilizzo di farmaci salvavita

- Dieta speciale per celiachia a tal fine si allega:**
 - Certificazione del medico curante con diagnosi

- Dieta speciale per favismo a tal fine si allega:**
 - Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
 - Liberatoria ad utilizzare alimenti con possibili tracce di _____

- Altro (diabete, malattie metaboliche, selettività alimentare) a tal fine si allega:**
 - Certificato del medico curante con diagnosi ed eventuale piano alimentare

Data _____ Firma _____

PRIVACY: Il trattamento avverrà conformemente al Reg. EU 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche. Informativa completa disponibile presso il Comune sede di erogazione del servizio e/o il portale informatico di iscrizione al servizio.