



SCUOLA EUROPA – Viale Majno, 39 – Milano
MODULO RICHIESTE DIETE SPECIALI

Il/La sottoscritto/a _____

genitore di _____ nato/a _____ il _____

frequentante per l'anno scolastico 20__/20__ classe _____ sezione _____ in data _____

1. Richiede la dieta speciale a causa di:

.....
.....
.....

E allega certificato medico in busta chiusa

(Si accolgono certificati dei pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche con prescrizione dettagliata degli ingredienti da utilizzare e/o precisa indicazione terapeutica; nel caso di utilizzo prodotti dietetici speciali, si prega di farlo presente nel medesimo certificato)

2. Fa presente che il proprio figlio come conseguenza di altre patologie (da specificare) non può assumere i seguenti alimenti:

.....
.....
.....

3. Fa presente che il proprio figlio continua la dieta speciale precedentemente richiesta

.....

4. Fa presente che il proprio figlio sospende la dieta speciale precedentemente richiesta e può seguire il menù scolastico a partire da:

.....

Prende atto che, in riferimento al D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), i dati personali e/o sensibili inseriti nel presente modulo e/o i documenti allegati sono oggetto di trattamento ai soli fini della elaborazione delle diete speciali.

Data _____

Firma _____

Mod.2

