



RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI

MOD/DIE/01

Rev. 01 del
01/03/2019

MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE NEI CENTRI ESTIVI FAMILY+ DEL COMUNE DI SAN GIOVANNI LUPATOTO

Servizio Nutrizionale di Euroristorazione
tel.: +39 045 506090
fax n.: 045 506196
mail: **verona@euroristorazione.it**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____
genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____ n° _____
tel . abitazione n° _____
cell. n° _____
che frequenta per l'estate 2023 il centro estivo FAMILY+ presso la scuola _____

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

Dieta speciale per celiachia a tal fine si allega:

- certificazione del medico curante con diagnosi

Dieta speciale per altre condizioni permanenti a tal fine si allega:

- certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Data _____

Firma* _____

**in caso di firma di un solo genitore: "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"*

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.