

(modulo A)

**RICHIESTA DI VARIAZIONE MENU' SCOLASTICO
PER INTOLLERANZA/ ALLERGIA ALIMENTARE**

Io sottoscritto/a (madre/padre).....

CHIEDO

per il bambino/a

nato/a il

residente nel Comune diCAP.....

Via n°

n° telefono

indirizzo di posta elettronica

iscritto alla scuolaclasse

viadel Comune diCAP.....

usufruisce del servizio mensa nei seguenti giorni: (specificare)

lunedì

martedì

mercoledì

giovedì

venerdì

tutti i giorni

che vengano apportate modifiche alla tabella dietetica in vigore nella scuola sopra citata per l'anno scolastico

Al modulo (A) compilato in tutte le sue parti, va allegato il certificato medico regionale del pediatra o dell'allergologo, indicante la patologia e gli alimenti da evitare e la documentazione specialistica (rast, prick test...) attestanti l'allergia/intolleranza.

Il sottoscritto acconsente a che l'ASL NO tratti i propri dati personali (comuni e sensibili) purchè tale trattamento sia svolto nei limiti imposti da leggi, regolamenti, alle Pubbliche Amministrazioni, per lo svolgimento dei fini istituzionali.

Data.....

Firma.....