EURO RISTORAZIONE	**RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI**	MOD/DIE/01 Rev. 01 del 01/03/2024

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 seguenti giorni:

L	M	M	G	V

CHIEDE

la somministrazione al\alla proprio\a figlio\a 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_____
- Se si tratta di allergia da shock anafilattico è necessario far compilare al medico il modulo relativo al programma di intervento in caso di emergenza (da allegare alla richiesta)

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

☐ **Dieta per favismo**
- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- Liberatoria ad utilizzare alimenti con possibili tracce di_____

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.