
Modello dieta speciale per motivi di salute con presentazione di certificazione medica - Modello A

Al Responsabile Area Amministrativa
del Comune di Sillano Giuncugnano

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____
 genitore¹ del/la bambino/a _____
 abitante in via _____ tel. _____
 che frequenta la scuola _____ per l'anno scolastico ____/____
 indirizzo e-mail _____

CHIEDE

La preparazione di un particolare regime alimentare per **motivi di salute**:

<input type="checkbox"/> Dieta nuova	<input type="checkbox"/> Riconferma dieta
In questo caso occorre presentare un certificato medico (pediatra o medico di medicina generale o medico specialista in allergologia ed immunologia clinica o gastroenterologia) che attesti la necessità di seguire un regime dietetico particolare.	In questo caso occorre presentare un certificato medico aggiornato solo nel caso di <u>allergie e/o intolleranze</u> , e non di altre malattie metaboliche (diabete, fenilchetonuria, favismo ect...) e celiachia.

DICHIARA

Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati personali e di acconsentire al trattamento dei dati ai sensi della vigente normativa (Reg. UE 2016/679).

ALLEGA

- Certificato medico per dieta speciale per motivi sanitari

Data

Firma del richiedente

Da inviare per e-mail a f.malafronte@comune.sillanogiuncugnano.lu.it oppure **consegnare** a mano c/o
 Ufficio Protocollo, Sillano, Via Roma n. 12
 orario: lunedì - sabato dalle 8.00 alle 13.00
 Telefono: 0583 616056

¹ O affidatario che esercita la patria potestà