



*Città di Pastrengo*

*Provincia di Verona*

*Piazza Carlo Alberto, 1 - 37010 - tel. 045/6778888 - fax n. 045/6770053*

## **RICHIESTA DIETA SPECIALE ANNO SCOLASTICO 2023/2024**

Il/a sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Frequentante la scuola primaria di Pastrengo classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

Che venga somministrata la seguente dieta:

**DIETA PER MOTIVI DI SALUTE** valida per l'intero anno scolastico (da allegare certificazione medica)

Allergia (Specificare \_\_\_\_\_)

Intolleranza (Specificare \_\_\_\_\_)

- Celiachia
- Obesità
- Diabete
- Favismo
- Altro (Specificare \_\_\_\_\_)

**DIETA PER MOTIVI ETICO-RELIGIOSI** valida per l'intero anno scolastico con l'esclusione dei seguenti alimenti:

- Carne di maiale e derivati
- Tutti i tipi di carne e derivati
- Altro (Specificare \_\_\_\_\_)

**N.B. La richiesta, ha validità per l'anno scolastico di riferimento, quindi va ripetuta ogni anno con allegata, ove occorre, la certificazione medica, non potendo altrimenti garantire la variazione del menù.**

**Dichiara inoltre:**

- di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e art. 13 del Regolamento UE n.2016/679
- alla luce dell'informativa che precede in materia di privacy:
- **esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati. Consapevole che il mancato consenso al trattamento dei dati implica di non poter procedere con l'elaborazione dell'istanza ed all'eventuale conseguente applicazione della tariffa agevolata per il servizio fruito.
- di essere a conoscenza che il Responsabile del procedimento è il Responsabile dell'Area Finanziaria - Amministrativa.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Allegato: documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore