**COMUNE DI MONTELANICO**

**Città Metropolitana di Roma Capitale**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **MODELLO DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE CON PRESENTAZIONE DI CERTIFICAZIONE MEDICA** |

II/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di: 🞏 Genitore 🞏 Tutore 🞏Affidatario del/la bambino/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e frequentante la scuola \_\_\_\_\_\_\_per l’anno scolastico 2025/2026

classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Istituto Comprensivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E** per il/la proprio/a figlio/a

La preparazione di un particolare regime alimentare per motivi di salute (patologia cronica o transitoria, intolleranza/allergia alimentare, ritorno a dieta libera).

**Allego Certificazione medica** che attesti la necessità di seguire un regime dietetico particolare.

**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).***

Data Firma del richiedente