

	<b>SERVIZI SCOLASTICI</b>  <b>MENSA</b> <b>DOMANDA</b> <b>DIETA SPECIALE</b>	<b>COMUNE DI SONDALO</b> Cod. <b>7</b> Cat. <b>1</b> Fasc. _____	
		<b>Assegnato a UFFICIO SEGRETERIA</b>	

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 in via \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_  
 e.mail \_\_\_\_\_

in qualità di genitore dell'alunno:

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Iscritto/a alla scuola \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ anno scolastico \_\_\_\_\_

### CHIEDE

la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di dieta speciale per (barrare la casella interessata):

- Allergia o Intolleranza alimentare:
- Malattia:
- Motivi etico-religiosi: *(indicare gli alimenti da escludere dalla dieta)*

---



---



---



---

### DICHIARA

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento europeo UE 2016 679, in materia di protezione dei dati personali, che i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

### SI IMPEGNA

al rimborso dei diritti sanitari nell'importo di euro 39,00 qualora la richiesta non fosse ritenuta valida dall'ASL di Sondrio.

### ALLEGA

certificazione sanitaria, in busta chiusa, attestante l'allergia/intolleranza/malattia (escluse le diete dovute a motivi etico-religiosi)

copia documento di identità del dichiarante per richieste non firmate in presenza del dipendente addetto

Sondalo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma