

All'Azienda Speciale Multiservizi
del comune di Colle di Val d'Elsa
Via F. del Campana n. 41
53034 Colle di Val d'Elsa

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____
genitore¹ del/la bambino/a _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____ n. _____
Telefono: _____, che frequenta la scuola (*specificare*) _____
_____ Classe _____ Sezione _____ per l'anno scolastico _____ / _____

CHIEDE

la preparazione di un particolare regime alimentare per: () **motivi di salute***

<p>* <input type="checkbox"/> DIETA NUOVA Occorre presentare una certificazione medica (del medico curante o del Servizio Sanitario Nazionale) che attesti la necessità di seguire una dieta particolare, specificando la durata e gli alimenti o gli ingredienti da non somministrare.</p>	<p>* <input type="checkbox"/> RICONFERMA DIETA Occorre presentare una certificazione medica (del Medico curante o del Servizio Sanitario Nazionale) qualora vi sia la necessità di riconferma o di modificare la dieta, in seguito a cambiamenti della patologia/allergia già certificata.</p>
--	--

() **motivi culturali/religiosi** (*specificare gli alimenti da non somministrare*) _____

Il/la bambino/a è presente a mensa il: (barrare le caselle corrispondenti):

Tutti i giorni

Lunedì

Martedì

Mercoledì

Giovedì

Venerdì

Il/la richiedente dichiara di essere informato ai sensi del D. Lgs. 30/6/2003 n° 196 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data, _____

Firma leggibile

¹ O affidatario che esercita la patria potestà

Istruzioni per la riconsegna del modulo

La richiesta, con allegato il certificato medico nel caso di motivi di salute, deve essere recapitata al centro cottura di via XXV aprile n. 9 Colle di Val d'Elsa - Orario: dal Lunedì al Venerdì ore 8,00/13,00 - Telefono 0577922639. Esclusivamente per periodi di chiusura della cucina centralizzata rivolgersi presso la sede dell'Azienda.