

**MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI  
PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE ANNO SCOLASTICO 2024/2025**

Da inviare via mail a: [diete.tezze@euroristorazione.it](mailto:diete.tezze@euroristorazione.it)

**LE DIETE VANNO RICHIESTE OGNI NUOVO A.S. - QUELLE DELL'ANNO PRECEDENTE NON SARANNO ATTIVATE SE NON VERRA' PRESENTATA LA DOCUMENTAZIONE AGGIORNATA**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

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

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

residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. abitazione n° \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

che frequenta la

classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_

l'alunno/a è presente in mensa nei seguenti giorni:

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

**CHIEDE**

la somministrazione al\alla proprio\a figlio\a di (barrare la casella interessata)

**Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a tal fine si allega:**

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- Liberatoria ad utilizzare alimenti con possibili tracce di \_\_\_\_\_
- Se si tratta di allergia da shock anafilattico è necessario far compilare al medico il modulo relativo al programma di intervento in caso di emergenza (da allegare alla richiesta)

**Dieta speciale per celiachia a tal fine si allega:**

- certificazione del medico curante con diagnosi

**Dieta per favismo**

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- Liberatoria ad utilizzare alimenti con possibili tracce di \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

PRIVACY: Il trattamento avverrà conformemente al Reg. EU 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche. Informativa completa disponibile presso il Comune sede di erogazione del servizio e/o il portale informatico di iscrizione al servizio.