

AL RESPONSABILE DEL SERVIZIO NUTRIZIONALE  
MENZA DELLA SCUOLA Primaria  
"Aldo Moro e Caduti di Via Fani"  
RACCONIGI

Data \_\_\_\_\_

OGGETTO: richiesta di dieta speciale

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

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

frequentante la Scuola Primaria "Aldo Moro e Caduti di Via Fani" di Racconigi

Classe/Sezione: \_\_\_\_\_

Giorni di presenza dell'alunno/a in mensa:

- lunedì
- martedì
- mercoledì
- giovedì
- venerdì

Richiede che il/la figlio/a segua una dieta speciale, come da certificato medico allegato.:

Recapito telefonico del genitore: \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

in qualità di interessato al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 4, comma 1, lett.i del D.Lgs. 196/2003 (Codice della privacy), il trattamento dei dati personali propri e del figlio/a, da svolgersi in conformità a quanto sopra dichiarato e nel rispetto delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003.

FIRMA \_\_\_\_\_

Allegato: Certificato medico