

## Richiesta dieta speciale per MOTIVI DI SALUTE

Al Sindaco del Comune di GRAFFIGNANA

---

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

genitore / affidatario che esercita la patria potestà del bambino/a \_\_\_\_\_

abitante in via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

indirizzo e mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

che frequenta la scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

per l'anno scolastico \_\_\_\_\_.

### CHIEDE

la preparazione di un particolare regime alimentare per motivi di salute

per il periodo : \_\_\_\_\_.

Il richiedente dichiara sin d'ora di essere informato ai sensi del d. lgs. 196/2003 (T.U.) che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

*Il richiedente dichiara inoltre di essere a conoscenza che la tabella dietetica speciale verrà elaborata dalla dietista in base alle prescrizioni mediche e verrà somministrata non appena disponibile ovvero entro 30 giorni dalla richiesta presentata dai genitori.*

Firma \_\_\_\_\_

---

**N.B. : Occorre allegare una certificazione medica attestante le ragioni sanitarie che motivano la prescrizione dietologica.**