



**AL CONCESSIONARIO
DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE
DEL COMUNE DI LECCO**

- RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE**
- RICHIESTA DI ESCLUSIONE DI UNO O POCHI ALIMENTI**

IL /LA SOTTOSCRITTO/A _____
N. TEL. _____ N.CELL _____ EMAIL _____

CHIEDE

che venga elaborata/predisposta la dieta speciale per l'alunno/a di cui sotto sulla base dei dati e degli allegati forniti con il presente modulo.

COGNOME _____ NOME _____ ETÀ _____
CLASSE FREQUENTATA _____ SCUOLA _____

Descrizione del problema di salute presentato dall'alunno e/o del motivo per cui viene inoltrata la richiesta di dieta speciale _____

Prescrizioni dietetico-terapeutiche formulate dal medico curante e specificazione degli ingredienti e/o delle preparazioni che l'alunno non deve consumare _____

Alla presente richiesta è obbligatorio allegare il certificato medico (con eventuali accertamenti diagnostici e prescrizioni dietetico-terapeutiche).

- Dichiaro di aver ricevuto e preso visione dell'INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 ("GDPR").

DATA _____ FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

