

MODULO DI COMUNICAZIONE ESIGENZE ALIMENTARI

a.s. 202_/202_

IL/LA SOTTOSCRITTO/A (Nome e Cognome) _____

nato a _____ il _____ e residente in

_____ alla via _____

CAP _____ IN QUALITA' DI (indicare incarico) _____ Plesso

_____ Classe/Sezione _____

D I C H I A R A D I P R E S E N T A R E :

- INTOLLERANZA ALIMENTARE (si allega certificato medico in originale con diagnosi e alimenti da escludere)
- ALLERGIA ALIMENTARE (si allega certificato medico in originale con diagnosi ed alimenti da escludere)
- MALATTIA METABOLICA – celiachia – diabete – favismo – altro (si allega certificato medico in originale ed eventuale elenco degli alimenti da escludere)
- ALTRO – specificare _____
_____.

Il richiedente altresì dichiara di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30/6/2003 n.196 che i dati riportati nel presente modello e/o nella documentazione allegata saranno trattati esclusivamente ai fini per i fini consentiti dalla normativa vigente.

Data _____

FIRMA
