

**RICHIESTA DI VARIAZIONE MENU' SCOLASTICO
PER MOTIVI PATOLOGICI**

Io sottoscritto/a
nato/a a il
residente a
in via
cellulare Mail
genitore del bambino/a
nato/a a il
iscritto alla scuola del Comune di Biandrate:

☐ dell'infanzia ☐ primaria (classe ____)

usufruisce del servizio mensa nei seguenti giorni: (specificare)

☐ lunedì	☐ giovedì
☐ martedì	☐ venerdì
☐ mercoledì	☐ tutti i giorni

CHIEDO

che vengano apportate modifiche alla tabella dietetica in vigore nella scuola sopra citata per l'anno scolastico a causa della seguente patologia:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

A tal fine si allega **OBBLIGATORIAMENTE** certificazione medica rilasciata dal Pediatra di Libera Scelta o dal Medico di Medicina Generale o dallo Specialista inerente la patologia (Allergologo, Gastroenterologo, Endocrinologo, ecc.), sugli appositi moduli certificativi regionali

Dichiara altresì di autorizzare, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza per finalità istituzionali. Estende il proprio consenso anche al trattamento di eventuali dati sensibili, vincolando comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge.

Data

Firma