



1In_ MODULO RICHIESTA DIETE SPECIALI

ISTITUTO "SACRA FAMIGLIA"

A.S 2024-2025

IO SOTTOSCRITTO: _____

(Cognome)

(Nome)

GENITORE/TUTORE DELL'ALUNNO/A: _____

(Cognome)

(Nome)

CHE FREQUENTA IL SEGUENTE ORDINE DI SCUOLA:

- INFANZIA (CLASSE _____) PRIMARIA (classe____, sez. _____)
- SECONDARIA I GRADO (classe____, sez. _____)
- SECONDARIA II GRADO (scuola _____ classe____, sez. _____)

CHIEDE

che l'alunno/a possa seguire la seguente dieta speciale:

DIETA ETICO/RELIGIOSA: _____

(specificare gli alimenti da escludere)

DIETA PER PATOLOGIA:

DIAGNOSI: _____ DATA _____

ALIMENTI DA ESCLUDERE: _____

NOTE: _____

N.B. Allegare il certificato medico e le eventuali indicazioni dietetiche prescritte.

Note:

- i certificati medici (ad eccezione di quelli per patologie permanenti quali, per esempio, celiachia, favismo, diabete, etc.) e le richieste per diete etico-religiose hanno validità annuale.
- ad inizio anno scolastico è necessario inviare alla scuola il presente modulo aggiornato e il rinnovo del certificato (per le patologie permanenti è sufficiente allegare l'ultimo certificato di cui si è in possesso)
- Indirizzo mail per l'invio del Certificato: nutrizioneasafa@refectio.it
- al fine di gestire tempestivamente eventuali chiarimenti, necessari per redigere la dieta in modo corretto, chiediamo di fornirci i recapiti del genitore/tutore dell'alunno.

RECAPITI DEL GENITORE TUTORE: MAIL _____

TELEFONO: _____

Io sottoscritto (Cognome)

(Nome)

autorizzo la società Refectio

s.r.l. al trattamento dei dati personali sopra esposti, anche con mezzi informatici, in conformità al D.Lgs 196/03 che prevede la riservatezza degli stessi.

DATA: _____

FIRMA _____