|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | REFEZIONE SCOLASTICA  Richiesta dieta speciale/differenziata | MD 28 Rev. 04  del 04/06/2012 |

# All’Azienda Speciale Multiservizi del comune di Colle di Val d’Elsa Via F. del Campana n. 41

53034 Colle di Val d’Elsa

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) genitore1 del/la bambino/a nato/a il residente in via/piazza n. Telefono: , che frequenta la scuola (*specificare*)

Classe Sezione per l’anno scolastico /

## C H I E D E

la preparazione di un particolare regime alimentare per: ( ) **motivi di salute**\*

|  |  |
| --- | --- |
| **\* [ ] DIETA NUOVA** | **\* [ ] RICONFERMA DIETA** |
| Occorre presentare una certificazione medica | Occorre presentare una certificazione medica (del Medico |
| (del medico curante o del Servizio Sanitario Nazionale) | curante o del Servizio Sanitario Nazionale) qualora vi sia |
| che attesti la necessità di seguire una dieta particolare, | la necessità di **riconferma o di modificare** la dieta, in |
| specificando la durata e gli alimenti o gli ingredienti da | seguito a cambiamenti della patologia/allergia già |
| non somministrare. | certificata. |

( ) **motivi culturali/religiosi** (*specificare gli alimenti da non somministrare*)

Il/la bambino/a è presente a mensa il: (barrare le caselle corrispondenti):

## [ ] Tutti i giorni

**[ ] Lunedì [ ] Martedì [ ] Mercoledì [ ] Giovedì [ ] Venerdì**

*lI/la richiedente dichiara di essere informato ai sensi del D. Lgs. 30/6/2003 n° 196 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

Data,

Firma leggibile

1 O affidatario che esercita la patria potestà

Alla presente richiesta, deve essere allegato Certificato Medico nel caso sia stata barrata la casella motivi di salute, ed essere recapitata presso l’Ufficio Mensa dell’Azienda Speciale Multiservizi situato in Via XXV Aprile, - Colle di Val d’Elsa – Orario apertura: dal Lunedì al Venerdì ore 8,30-13,00 -Telefono 0577 – 912500 – oppure tramite posta elettronica e-mail: [personale@asmcollevaldelsa.it](mailto:personale@asmcollevaldelsa.it)..

Per le richieste presentate successivamente, con allegato Certificato Medico, l’Azienda provvederà ad esaudirle prima possibile.

**Istruzioni per la riconsegna del modulo**