

MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI MEDICI A.S. 2025-2026

Magnifica Comunità degli Altipiani Cimbri

DATI RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a

Cognome e nome

Telefono

Posta elettronica

In qualità di *(crociare la tipologia di richiedente)*

- insegnante
 altro personale scolastico
 genitore o esercitante potestà genitoriale di un utente minorenni

Afferente alla mensa della scuola *(compilare solo se il richiedente è insegnante o altro personale scolastico)*

Scuola (specificare Primaria o Secondaria I° o 2° grado)

Città

Giorni di frequentazione della mensa *(crociare i giorni di presenza in mensa)*: LUN MAR MER GIO VEN

DATI UTENTE MINORENNE *(compilare solo se il richiedente è genitore o esercitante potestà genitoriale)*

Nome

Cognome

Indirizzo di residenza

Città

Scuola (specificare Primaria o Secondaria I° o 2° grado)

Città

Classe e sezione

Giorni di frequentazione della mensa *(crociare i giorni di presenza in mensa)*: LUN MAR MER GIO VEN

CHIEDE

TIPOLOGIA DI RICHIESTA *(crociare la tipologia di richiesta)*

- Attivazione di dieta speciale per **CELIACHIA O PATOLOGIA CRONICA**
 Attivazione dieta speciale per **ALLERGIA, INTOLLERANZA ALIMENTARE O ALTRA PATOLOGIA**
 Rinnovo dieta speciale per **ALLERGIA, INTOLLERANZA ALIMENTARE O ALTRA PATOLOGIA**
 Sospensione dieta speciale

La presente richiesta è valida solo se compilata in tutti i suoi campi e corredata di certificato del pediatra/medico specialista. Il certificato medico è valido per l'intero ciclo scolastico.

Il servizio si riserva di contattare telefonicamente il richiedente in caso di necessità in merito alla presente richiesta.

La presente richiesta e il certificato medico allegato vanno consegnati presso la segreteria della Magnifica Comunità degli Altipiani Cimbri, fraz. Gionghi n.107, Lavarone.

Firma del richiedente*

Data

Il/la sottoscritto/a, presa visione dell'informativa sulla privacy presente sul sito www.menuscuole.it alla sezione *Richiedere una dieta in mensa > Magnifica Comunità degli Altipiani Cimbri*, acconsente al trattamento dei dati personali per la finalità specificata.

Firma del richiedente*

Data

E' necessario apporre due firme per l'approvazione della richiesta.

(*) Nel caso di minori il modulo deve essere sottoscritto da genitore o esercitante potestà genitoriale.