

## **RICHIESTA DIETA SPECIALE A.S. 2024/2025**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

n. di telefono \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

### **CHIEDO PER MIO FIGLIO/A**

Cognome e nome alunno/a \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_

Classe e sezione \_\_\_\_\_

### **DIETA SPECIALE:**

barrare la casella desiderata

PER MOTIVI DI SALUTE (allegare certificato medico attestante la patologia)

PER MOTIVI RELIGIOSI

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, il Comune di Carpineto Romano utilizzerà i dati personali inseriti nel presente modulo e nei documenti allegati esclusivamente per la gestione delle diete speciali.

Data

Firma del genitore o tutore legale

Allegare un documento di riconoscimento del richiedente