



**COMUNE DI ZERO BRANCO**  
PUBBLICA ISTRUZIONE

**RICHIESTA DI DIETA SPECIALE – MOTIVI SANITARI**

**A.S.** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ tel. abit. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**in qualità di genitore** (*o esercente la patria potestà*) **dell'alunno:**

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola (segnare il plesso scolastico):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Scuola Primaria Marconi di Zero Branco | <input type="checkbox"/> Scuola Infanzia Statale di Scandolara |
| <input type="checkbox"/> Scuola Primaria Fermi di S.Alberto     | <input type="checkbox"/> Scuola Secondaria di I grado Europa   |
| <input type="checkbox"/> Scuola Primaria Pascoli di Scandolara  |  |

Con rientro nei giorni      L    M    M    G    V    (*mettere una crocetta nei giorni di rientro*)

☐   ☐   ☐   ☐   ☐

**CHIEDE**

la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a della DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI secondo le indicazioni contenute nel CERTIFICATO MEDICO ALLEGATO per :

☐ allergia o intolleranza alimentare

☐ malattia metabolica

☐ altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del genitore o esercente la patria potestà)

**Informativa sui dati personali (D.Lgs. n. 196/2003)**

*Il sottoscritto prende atto che i dati personali inseriti nel presente modulo e/o in documenti allegati sono oggetto di trattamento ai fini della elaborazione di diete speciali, in mancanza dei quali non sarà possibile elaborare ed applicare le diete stesse, I dati saranno utilizzati dai dipendenti dell'Ente incaricati del trattamento, dal personale della ditta gestore del servizio di ristorazione, dal personale addetto alla porzionatura, dal personale della scuola, dal personale sanitario del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione dell'Azienda Sanitaria ULSS n.9.*

*I dati personali raccolti saranno comunque trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

*In ogni momento può esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs n.196/2003. Il titolare del trattamento è il Comune di Zero Branco.*

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del genitore o esercente la patria potestà)