



COMUNE DI BARI

Ripartizione Politiche Educative Giovanili e del Lavoro

RICHIESTA DIETA SPECIALE A.S. 2020/2021

Il sottoscritto _____
genitore/tutore dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ della scuola/asilo nido _____ plesso _____

CHIEDE

che venga somministrata al minore una dieta speciale per:

- intolleranza alimentare
- allergia alimentare
- patologia

A tal fine, si allega certificato medico.

| Indicazioni utili per la predisposizione del certificato medico |
|--|
| <p>Il certificato medico per la richiesta di dieta speciale deve necessariamente contenere le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none">• dati anagrafici del minore• intolleranza, allergia o patologia• alimenti da escludere |

Dichiara inoltre di aver letto e compilato l'informativa al trattamento dei dati personali fornita dal Comune di Bari e di aver prestato il consenso specifico all'utilizzo dei dati comunicati con il presente modulo per tutte le finalità, così come specificate nella "INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI PERSONALI (art. 9 e 13 REG. UE 2016/679).

Data

.....

Firma

.....