



**RICHIESTA DI VARIAZIONE MENU' SCOLASTICO
PER INTOLLERANZA/ ALLERGIA ALIMENTARE**

NOVARA
 SIAN ARONA
 inviato Protocollo
Data

Io sottoscritto/a (madre/padre).....

CHIEDO

per il bambino/a

nato/a il

residente nel Comune diC.A.P.....

Via n°.....

n° telefono

indirizzo di posta elettronica

iscritto alla scuola

via del Comune di

che vengano apportate modifiche alla tabella dietetica in vigore nella scuola sopra citata per l'anno scolastico

Usufruisce del servizio mensa nei seguenti giorni: (specificare)

- lunedì martedì mercoledì
 giovedì venerdì tutti i giorni

Al modulo compilato in tutte le sue parti, va allegato il certificato medico regionale del pediatra o dell'allergologo, indicante la patologia e gli alimenti da evitare e la documentazione specialistica (rast, prick test...) attestanti l'allergia/intolleranza.

Il sottoscritto acconsente a che l'ASL NO tratti i propri dati personali (comuni e sensibili) purché tale trattamento sia svolto nei limiti imposti da leggi, regolamenti, alle Pubbliche Amministrazioni, per lo svolgimento dei fini istituzionali.

Data.....

Firma.....

