

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di Barzanò
Via Leonardo da Vinci, 22
23891 Barzanò (LC)

OGGETTO: Richiesta di dieta speciale per motivi di salute

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____
nato/a a _____ il _____, iscritto/a alla scuola primaria di
Barzanò nella classe ____ sez. ____ per l'anno scolastico _____

C O M U N I C A

che il/la proprio/a figlio/a è affetto dal seguente problema di salute:

Pertanto,

C H I E D E

la somministrazione di un pasto speciale in cui non sia/siano contenuto/i il/i seguente/i ingrediente/i e/o
preparazione/i:

Allega alla presente richiesta la relativa certificazione medica attestante quanto riportato.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati sensibili esclusivamente ai
fini della gestione amministrativa della richiesta presentata.

Data, _____

Firma
