

Timbro Protocollo

Spett.le Comune di Vidigulfo  
**Ufficio ISTRUZIONE**

**Oggetto: Domanda per erogazione dieta speciale nell'ambito del servizio di ristorazione  
Scolastica - a.s. 2023/2024**

Il sottoscritto (nome e cognome)

\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

in qualità di genitore di (nome e cognome dell'alunno)

\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per il proprio figlio l'applicazione del regime di dieta speciale nell'ambito del servizio comunale di ristorazione scolastica **a.s. 2023-2024** per i seguenti motivi:

intolleranza alimentare/allergia a \_\_\_\_\_

altri motivi (specificare) \_\_\_\_\_

e per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / intero anno scolastico

- Allega certificato medico (**obbligatorio** per la presente richiesta).
- Allega fotocopia documento di identità in corso di validità del genitore richiedente

Acconsente al trattamento dei dati personali sensibili ai sensi del D. lgs. 196/2003 per le finalità connesse alla presente procedura.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_