

MODULO DI RICHIESTA DIETA TEMPORANEA IN BIANCO

Da consegnare al mattino all'assistente incaricata della prenotazione dei pasti, anche per il tramite delle maestre.

Al Comune di Sarre
Ufficio servizi scolastici e sociali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

genitore del/la bambino/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via/Loc. _____ n. _____

che frequenta la scuola dell'infanzia / primaria, sezione ____ o classe ____ nell'anno scolastico
____/____

CHIEDE

L'applicazione di un regime dietetico "in bianco" (MAX 3 GIORNI)
dal _____ al _____

oppure

L'applicazione di un regime dietetico "in bianco" (MAX 15 GIORNI)
dal _____ al _____
Si allega certificazione medica originale.

" Ai sensi e per gli effetti degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 l'informativa relativa alla protezione dei dati personali è reperibile sul sito istituzionale del Comune o è consultabile nei locali del Municipio."

Data _____

Firma _____