

**MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI
CENTRI ESTIVI**

Da inviare via mail a:

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____
 genitore o tutore dell'alunno/a _____
 nato/a _____ il _____
 residente in _____ via/piazza _____ n° _____
 tel. abitazione n° _____ cell. _____
 centro estivo _____
 Comune di _____

Il bambino/a è presente al centro estivo nei seguenti giorni:

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

CHIEDE

la somministrazione al\alla proprio\ a figlio\ a di (barrare la casella interessata)

€ **Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a tal fine si allega:**

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- Liberatoria ad utilizzare alimenti con possibili tracce di _____
- Se si tratta di allergia da shock anafilattico è necessario far compilare al medico il modulo relativo al programma di intervento in caso di emergenza (da allegare alla richiesta)

€ **Dieta speciale per celiachia a tal fine si allega:**

- certificazione del medico curante con diagnosi

€ **Dieta per favismo**

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- Liberatoria ad utilizzare alimenti con possibili tracce di _____

Data _____ Firma _____

PRIVACY: Il trattamento avverrà conformemente al Reg. EU 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche. Informativa completa disponibile presso il Comune sede di erogazione del servizio e/o il portale informatico di iscrizione al servizio.