

Al Comune di Mafalda (CB)
Via della Fermezza n. 5
Mafalda (CB)

Oggetto: Servizio refezione scolastica scuola dell'infanzia Statale - A.S. 2026/2027 - richiesta dieta speciale.

Il/La sottoscritto/a

genitore dell'alunno/a.....

frequentante, nell'anno scolastico 2026/2027, la scuola dell'infanzia Statale di via Pascoli classe
..... sezione.....

C H I E D E

che al predetto alunno venga somministrata la seguente dieta speciale:

- ☐ no latte e latticini
- ☐ no uova
- ☐ no latte, latticini e uova
- ☐ no glutine
- ☐ Altro come da prescrizione medica:

.....(specificare)

Al riguardo allego certificazione medica che riporta la durata della dieta

Recapito per eventuali comunicazioni:

Cognome.....Nome.....

Via.....Città.....Tel

Cell email

A tal fine autorizza il trattamento dei dati personali in conformità al Regolamento (UE) 2016/679, per le finalità strettamente connesse all'attività di produzione, consegna e somministrazione dei pasti e ne autorizza altresì la comunicazione alla Ditta incaricata della distribuzione e fornitura dei pasti ed al Gestore del software quali soggetti terzi interessati al loro procedimento.

Mafalda, li

FIRMA
