

***RICHIESTA DI VARIAZIONE MENU' SCOLASTICO  
PER INTOLLERANZA/ ALLERGIA ALIMENTARE***

Io sottoscritto/a .....

genitore del bambino/a .....

nato/a ..... il .....

residente nel Comune di .....

Via ..... N° .....

N° telefono ..... , iscritto alla scuola .....

..... del Comune di .....

usufruisce del servizio mensa nei seguenti giorni: (specificare)

☐ lunedì

☐ mercoledì

☐ venerdì

☐ martedì

☐ giovedì

☐ tutti i giorni

**CHIEDO**

che vengano apportate modifiche alla tabella dietetica in vigore nella scuola sopra citata per l'anno scolastico .....

**Si allega certificazione Regionale compilata dal medico pediatra o allergologo.**

Il sottoscritto acconsente che Ali.cot. srl tratti i propri dati personali (comuni e sensibili) purché tale trattamento sia svolto nei limiti imposti da leggi e regolamenti (D.lgs.196/2003 e Regolamento UE 2016/679).

Data .....

Firma .....