

Richiesta dieta speciale per motivi di salute - Modello A

Al Sindaco del Comune di Prato

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____
genitore¹ del/la bambino/a _____
abitante in via _____ tel. _____
che frequenta la scuola _____ per l'anno scolastico ____/____
indirizzo e-mail _____

CHIEDE

La preparazione di un particolare regime alimentare per **motivi di salute**:

- Dieta nuova Riconferma dieta

Occorre presentare un certificato medico (del pediatra o del Servizio Sanitario Nazionale) che attesti la necessità di seguire una dieta particolare.

Tempi di attuazione della dieta: 7 gg. dalla consegna della documentazione all'U.O. Refezione Qualità

Si chiede cortesemente di rispondere alle seguenti domande:

- | | |
|--|---|
| 1) Sono già state eseguite le prove allergologiche presso struttura ASL? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2) Il/la bambino/a ha presentato reazioni anafilattiche in passato? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3) Il medico ha prescritto l'autoiniettore di adrenalina (epinefrina) o altri farmaci da portare sempre con se'? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

Il richiedente dichiara fin da ora di essere informato ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 (T.U.) che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma del richiedente

Spazio riservato all' U.O. Refezione

Data di inserimento _____

Da riconsegnare a:

a mano c/o l'U.O. Refezione Scolastica in Via S.Caterina, 17, tel 0574 18351-71/72/73 - lunedì e giovedì dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00, il mercoledì dalle 9.00 alle 13.00; per fax 0574 1837345; per e-mail refezione@comune.prato.it

¹ O affidatario che esercita la patria potestà