1In_MODULO RICHIESTA DIETE SPECIALI
ISTITUTO "SACRA FAMIGLIA"
A.S 2026-2027

IO SOTTOSCRITTO: _____ _____

(Cognome) *(Nome)*

GENITORE/TUTORE DELL'ALUNNO/A: _____ _____

(Cognome) *(Nome)*

CHE FREQUENTA IL SEGUENTE ORDINE DI SCUOLA:

□ INFANZIA (CLASSE_____) □ PRIMARIA (classe____, sez._____)

□ SECONDARIA I GRADO (classe____, sez._____)

□ SECONDARIA II GRADO (scuola_____ classe____, sez._____)

CHIEDE

che l'alunno/a possa seguire la seguente dieta speciale:

□ **DIETA ETICO/RELIGIOSA:**_____

_____

(specificare gli alimenti da escludere)

□ **DIETA PER PATOLOGIA:**

DIAGNOSI: _____ DATA _____

ALIMENTI DA ESCLUDERE: _____

_____

_____

_____

NOTE: _____

N.B. Allegare il certificato medico e le eventuali indicazioni dietetiche prescritte.

Note:

- i certificati medici (ad eccezione di quelli per patologie permanenti quali, per esempio, celiachia, favismo, diabete, etc.) e le richieste per diete etico-religiose hanno validità annuale.
- ad inizio anno scolastico è necessario inviare alla scuola il presente modulo aggiornato e il rinnovo del certificato (per le patologie permanenti è sufficiente allegare l'ultimo certificato di cui si è in possesso)
- Indirizzo mail per l'invio del Certificato: nutrizionesafa@refectio.it
- al fine di gestire tempestivamente eventuali chiarimenti, necessari per redigere la dieta in modo corretto, chiediamo di fornirci i recapiti del genitore/tutore dell'alunno.

*RECAPITI DEL GENITORE TUTORE: MAIL*_____

*TELEFONO:*_____

Io sottoscritto (*Cognome)* *(Nome)* *autorizzo la società Refectio s.r.l. al trattamento dei dati personali sopra esposti, anche con mezzi informatici, in conformità al* D.Lgs 196/*03 che prevedere la riservatezza degli stessi.*

DATA: _____ **FIRMA** _____