

**Alla c/a del Dirigente Scolastico  
Scuola dell'Infanzia e Primaria  
"Regina Angelorum"**

**MODULO DI RICHIESTA DI DIETA DIFFERENZIATA  
PER LA REFEZIONE SCOLASTICA**

Il/la sottoscritto/a (*cognome e nome*) \_\_\_\_\_  
genitore dell'alunno/a (*cognome e nome*) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via/Pz. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

frequentante per l'anno scolastico \_\_\_\_\_

la scuola \_\_\_\_\_ sezione/classe \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Per il predetto minore l'applicazione di regime dietetico differenziato per motivi sanitari.

Il sottoscritto, altresì, autorizza il Coordinatore didattico a trasmettere con protocollo riservato al gestore dei certificati medici dell'azienda fornitrice dei pasti di codesto istituto, copia della documentazione medica giustificativa del regime dietetico differenziato, nel rispetto del nuovo Regolamento generale sulla protezione dei dati, (Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE).

Il richiedente dichiara di essere informato ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 che i dati riportati nel presente modello e/o nella documentazione allegata saranno trattati esclusivamente ai fini dell'elaborazione ed erogazione della dieta differenziata per cui viene fatta richiesta.

**Si allega la certificazione medica in originale.**

*Data*

*Firma*