

MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI MEDICI A.S. 2025-2026

Comunità Valle di Primiero

La presente richiesta è valida solo se compilata in tutti i suoi campi e corredata di certificato medico

_____ in qualità di genitore o esercitante potestà genitoriale
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)

CHIEDE**L'EROGAZIONE DI UNA DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI PER IL SEGUENTE UTENTE:****DATI DELL'UTENTE**

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo di residenza _____ Città _____

Scuola (specificare Primaria o Secondaria I° grado) _____ Città _____ Classe e sezione _____

Giorni di frequentazione della mensa (crociare i giorni di presenza in mensa): ☐ LUN ☐ MAR ☐ MER ☐ GIO ☐ VEN

TIPOLOGIA DI RICHIESTA

(crociare la tipologia di richiesta)

- ☐ Attivazione dieta speciale per CELIACHIA O PATOLOGIA CRONICA
- ☐ Attivazione dieta speciale per ALLERGIA, INTOLLERANZA ALIMENTARE O ALTRA PATOLOGIA
- ☐ Rinnovo dieta speciale per ALLERGIA, INTOLLERANZA ALIMENTARE O ALTRA PATOLOGIA
- ☐ Sospensione dieta speciale

Alla richiesta va sempre allegato il certificato del pediatra/ medico specialista;

Il certificato medico è valido per l'intero ciclo scolastico, il modulo di richiesta va ripresentato ogni anno.**RECAPITI del genitore o esercitante potestà genitoriale**

Numero telefono _____

Indirizzo posta elettronica _____

Il/la sottoscritto/a, presa visione dell'informativa sulla privacy presente sul sito **sito della comunità di valle** alla sezione <https://www.primiero.tn.it/privacy> acconsente al trattamento dei dati personali per la finalità specificata.

La presente richiesta va ripresentata ogni anno scolastico, il certificato medico ha validità per l'intero ciclo scolastico

La presente richiesta va consegnata presso l' Ufficio Istruzione della Comunità di Valle, Via Roma n. 19, Tonadico

Firma del genitore o esercitante potestà genitoriale _____

Data _____