

**RICHIESTA DIETA SPECIALE**

All'area Affari Generali  
Comune di Cutro

Al Responsabile U.O di Medicina Scolastica  
A.S.P di Crotone

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
frequentante per l'anno scolastico 2025/2026 l'I.C. \_\_\_\_\_  
plesso \_\_\_\_\_ classe /sez. \_\_\_\_\_

Chiede per il/la proprio/a figlio/a

- ☐ L'attivazione
- ☐ La sospensione di una Dieta Speciale per

**1) MOTIVI DI SALUTE**

- ☐ Allergia
- ☐ Intolleranza
- ☐ Celiachia
- ☐ Obesità
- ☐ Favismo
- ☐ Fenilchetonuria
- ☐ Altro \_\_\_\_\_

A tal fine allega certificato medico che riporta la durata della dieta

**2) MOTIVI ETICI – RELIGIOSI con l'esclusione dei seguenti alimenti:**

- ☐ carne di maiale e derivati
- ☐ tutti i tipi di carne e derivati
- ☐ pesce
- ☐ altro \_\_\_\_\_

**GIORNI DI RISTORAZIONE**

- ☐ lunedì
- ☐ martedì
- ☐ mercoledì
- ☐ giovedì
- ☐ venerdì

Prende atto che, in riferimento al D.lgs 196/2003 (codice privacy) i dati personali sensibili, inseriti nel presente modulo ed i documenti allegati, sono oggetto di trattamento ai soli fini dell'elaborazione delle diete speciali. La dieta speciale sarà automaticamente spedita ai centri cottura ed avrà validità corrispondente a quella del menù.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_