
**Modulo A - Richiesta dieta speciale per motivi di salute
con presentazione di certificazione medica**

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Statale
SATTA – SPANO- DE AMICIS
VIA G.M. ANGIOY 8
09124 CAGLIARI

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

Genitore dell'alunno/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** (certificato medico allegato)

DICHIARA

di acconsentire al trattamento dei dati ai sensi della vigente normativa (Reg. UE 2016/679).

DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole che le informazioni contenute nel presente modulo e la certificazione medica allegata potranno essere comunicate al comune di Cagliari e/o alle ditte esterne che gestiscono il servizio mensa allo scopo di predisporre il menù particolare richiesto.

ALLEGA

- Certificato medico per dieta speciale per motivi sanitari
- Tabelle dietetiche specifiche per patologia sottoscritte dal medico curante

Data

Firma del richiedente
