



**RICHIESTA DI VARIAZIONE MENU' SCOLASTICO
PER INTOLLERANZA/ ALLERGIA ALIMENTARE**

<input type="checkbox"/> NOVARA
<input type="checkbox"/> SIAN <input type="checkbox"/> ARONA
<input type="checkbox"/> inviato Protocollo
Data
Firma.....

Io sottoscritto/a (madre/padre).....

CHIEDO

per il bambino/a

nato/a il

residente nel Comune diC.A.P.....

Via n°

n° telefono

indirizzo di posta elettronica

iscritto alla scuola

via del Comune di

che vengano apportate modifiche alla tabella dietetica in vigore nella scuola sopra citata per l'anno scolastico

Usufruisce del servizio mensa nei seguenti giorni: (specificare)

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> lunedì | <input type="checkbox"/> martedì | <input type="checkbox"/> mercoledì |
| <input type="checkbox"/> giovedì | <input type="checkbox"/> venerdì | <input type="checkbox"/> tutti i giorni |

Al modulo compilato in tutte le sue parti, va allegato il certificato medico regionale del pediatra o dell'allergologo, indicante la patologia e gli alimenti da evitare e la documentazione specialistica (rast, prick test...) attestanti l'allergia/intolleranza.

Il sottoscritto acconsente a che l'ASL NO tratti i propri dati personali (comuni e sensibili) purché tale trattamento sia svolto nei limiti imposti da leggi, regolamenti, alle Pubbliche Amministrazioni, per lo svolgimento dei fini istituzionali.

Data.....

Firma.....

