

## RICHIESTA DIETA SPECIALE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN VIA \_\_\_\_\_

COMUNE DI \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO (CASA) \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

GENITORE DI (COGNOME E NOME) \_\_\_\_\_

FREQUENTANTE LA SCUOLA  
(SPECIFICARE NOME E CLASSE) \_\_\_\_\_

### RICHIEDE

- DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA (ALLEGARE CERTIFICATO MEDICO)
  
- DIETA SPECIALE ETICO RELIGIOSA (specificare la tipologia di carne che non può essere somministrata) \_\_\_\_\_
  
- DIETA IN BIANCO PER INDISPOSIZIONE MOMENTANEA DA SEGUIRE PER GIORNI \_\_\_\_\_ (massimo 3 )

Ai sensi del D. Lgs. 30.08.03 n. 196 la ditta Vivenda SpA utilizzerà i dati personali inseriti nel presente modulo e nei documenti allegati esclusivamente per la gestione, programmazione e l'elaborazione di diete speciali.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_