



COMUNE DI FURCI SICULO

Città Metropolitana di Messina

C.A.P. 98023 P. IVA 003661970833 TEL/FAX 0942-794122

GEMELLATO CON OCTEVILLE SUR MER (F)

**RICHIESTA VARIAZIONE TABELLA DIETETICA
PER INTOLLERANZA/ALLERGIA ALIMENTARE/ALTRA PATOLOGIA
A.S. 2022/2023**

Il sottoscritto/a _____ genitore/tutore del bambino/a
_____ nato a _____ il _____
residente nel comune di _____ Via _____ n° _____
telefono _____ n° cellulare _____
iscritto alla scuola _____ classe _____
nel comune di _____
usufruisce del servizio mensa nei seguenti giorni: (specificare)

- ☐ Lunedì
- ☐ Martedì
- ☐ Mercoledì
- ☐ Giovedì
- ☐ Venerdì
- ☐ Tutti i giorni

CHIEDE

Che vengano apportate modifiche alla tabella dietetica in vigore nella scuola sopra citata per l'anno scolastico 2022/2023

ALLEGA

La certificazione medica rilasciata da _____

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal D.lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e dal Regolamento UE 679/2016 (GDPR - General Data Protection Regulation), che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma _____

Furci Siculo, li _____