



(modulo A)

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

Io sottoscritto/a
genitore/tutore del bambino/a
nato/a il
residente nel Comune di
Via N°
N° telefono N° cellulare
Indirizzo di posta elettronica
iscritto alla scuola classe
nel Comune di

usufruisce del servizio mensa nei seguenti giorni: (specificare)

- ☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ tutti i giorni

CHIEDO

che vengano apportate modifiche al menù in vigore nella scuola sopra citata
per l'anno scolastico

ALLEGRO

la certificazione medica nel rispetto delle indicazioni riportate sul retro.

Il sottoscritto autorizza l'ASL VCO al trattamento dei 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 (ai sensi del GDPR – Regolamento UE 2016/679)

Data Firma

N.B. Il presente modulo va compilato in tutte le sue parti e restituito al Responsabile delle mense scolastiche del comune / dell'istituto, che provvederà a inviarlo all'ASL VCO - SIAN - Area Nutrizione, per gli opportuni provvedimenti.