



COMUNE DI SCANZOROSCIATE

## RICHIESTA TERAPIA DIETETICA

### Da compilare con i dati del genitore/tutore

Cognome ..... Nome .....

Residente a ..... Prov ..... Cap .....

Via ..... n. ....

Tel ..... Cell .....

E-mail .....

### Chiede per motivi di salute, la somministrazione di un menù dietetico speciale

secondo le modalità prescritte dal Medico Curante/Pediatra facendo presente che si tratta di:

Diagnosi patologia .....

Dieta temporanea  Sì  No

Data inizio dietoterapia ..... Data fine dietoterapia.....

### ALLEGARE ALLA PRESENTE CERTIFICAZIONE MEDICA COMPROVANTE LA PATOLOGIA

### Da compilare con i dati dell'alunno/a

Nome ..... Cognome .....

Scuola  Primaria Pascoli  Primaria Moro  Primaria De Sabata  Secondaria di Primo Grado Nullo (36 ore)

Classe ..... Sezione ..... Monte ore  27  30 Classe ..... Sezione .....

Data

Firma

.....

.....

#### INFORMATIVA SULLA GESTIONE DEI DATI PERSONALI

(D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni)

I dati forniti con la presente domanda saranno raccolti, archiviati (anche con mezzi informatici) e gestiti dall'Ufficio Pubblica Istruzione del Comune di Scanzorosciate al solo ed esclusivo scopo di gestire i servizi a cui il richiedente chiede l'accesso. La sottoscrizione del modulo costituisce, se dovuto, consenso alla gestione dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### DA CONSEGNARE A:

Comune di Scanzorosciate – UFFICIO PROTOCOLLO – P.za Costituzione, 1 24020 Scanzorosciate  
 Orario di apertura al pubblico: da lunedì a venerdì dalle ore 9.00 alle 12.30 - lunedì e giovedì dalle ore 16.00 alle 18.00  
 Per informazioni contattare l'Uff. Pubblica Istruzione tel. 035.654720 fax. 035.656228