



Città di Pescara

Medaglia d'oro al Merito Civile

Settore Servizi Scolastici - Servizio Ristorazione e Trasporto Sociale
P.zza Italia 1- 65100 Tel. 085/4283209- Fax. 085/4283449

OGGETTO: Intolleranze/allergie alimentari – Trasmissione certificazione medica

Alunno/a _____ Anno Scol. _____

Il/La sottoscritto/a _____

residente in _____ Via _____ n. _____ tel. _____

in qualità di genitore dell'alunno/a _____ iscritto al servizio di
mensa presso:

Asilo nido _____

Scuola materna _____ sez. _____ circolo did. _____

Scuola Elementare _____ sez. _____ classe _____ circolo did. _____

Scuola Media _____ sez. _____ classe _____

CHIEDE

- che al/alla proprio/a figlio/a vengano somministrati pasti alternativi rispetto a quelli previsti nel menù stabilito, come da allegata certificazione medica in busta acclusa.

DICHIARA

- di essere disponibile ad offrire la eventuale collaborazione a tal fine.

Data

Firma

Informazioni:

Ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/96 (tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali) il trattamento dei " dati sensibili " è consentito da parte dei soggetti pubblici per rilevanti finalità di interesse pubblico, come definite dalla successiva Legge 281/99.

