
Modulo C - Richiesta dieta speciale per motivi di salute - PERSONALE DOCENTE

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DEL 17° CIRCOLO “ DI CAGLIARI

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

abitante in via _____ tel. _____

docente presso la scuola _____ classe/i _____

per l'anno scolastico ____/____

indirizzo e-mail _____

CHIEDE

La preparazione di un particolare regime alimentare per **motivi di salute** (certificato medico allegato)

Il/la sottoscritto/a è presente a mensa (barrare le caselle corrispondenti) : tutti i gg. oppure

Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì

Oppure allegare calendario dettagliato.

DICHIARA

Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati personali pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente / Altri Contenuti / privacy del sito web istituzionale dell'istituto scolastico e di acconsentire al trattamento dei dati ai sensi della vigente normativa (Reg. UE 2016/679).

DICHIARA INOLTRE

Di essere consapevole che le informazioni contenute nel presente modulo e la certificazione medica allegata potranno essere comunicate al comune di Cagliari e/o alle ditte esterne che gestiscono il servizio mensa allo scopo di predisporre il menù particolare richiesto.

ALLEGA

- Certificato medico per dieta speciale per motivi sanitari
- Tabelle dietetiche specifiche per patologia sottoscritte dal medico curante

Data

Firma del richiedente
