



COMUNE DI FURCI SICULO

Città Metropolitana di Messina

C.A.P. 98023 PIVA 00361970833 TEL FAX 0942/794122



GEMELLATO CON OCTEVILLE SUR MER (FRANCIA)

RICHIESTA VARIAZIONE TABELLA DIETETICA

PER INTOLLERANZA/ALLERGIA ALIMENTARE/ALTRA PATOLOGIA A.S.2023/2024

Il sottoscritto/a _____ genitore/tutore del bambino/a
_____ nato a _____ il _____
residente nel comune di _____ Via _____ n° _____
telefono / cellulare _____ mail _____
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 2023/2024, a tal uopo

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.

Furci Siculo, li _____

Firma
