*RICHIESTA DI **DIETA SPECIALE***
PER SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA

Il/La Sottoscritto/a _____

residente a_____prov._____CAP _____

in via_____n._____tel/cell _____

Mail *(campo obbligatorio)*_____C. Fiscale _____

CHIEDE L'APPLICAZIONE DELLA SEGUENTE **DIETA SPECIALE**

per il/la proprio/a figlio/a_____nato/a il_____,
C.F._____ frequentante nell'anno scolastico 2025/26 la classe sez.___della scuola_____iscritto alla refezione nei giorni:
☐ lunedì; ☐ martedì; ☐ mercoledì; ☐ giovedì; ☐ venerdì; *(barrare i giorni):*

☐ **MUSULMANA (no carne di maiale)***;*

☐ **INDIANA (no carne di bovino);**

☐ **INTEGRALISTA (no carne di tutti i tipi);**

☐ **VEGETARIANA (no carne, no pesce);**

☐ **VEGANA (no carne, no pesce, no uova, no formaggio);**

☐ **MOTIVI DI SALUTE (Come da allegato certificato medico)**

(barrare la dieta prescelta)

Il modulo di richiesta deve essere inviato al seguente indirizzo di posta elettronica:

qualita.sanpietroincasale@grupposerenissima.it

Si conferma di essere a conoscenza che la procedura prevede che la dieta sia attivata **solo a seguito di conferma scritta da parte del dietista** dell'azienda di ristorazione

Ha visionato l'Informativa ai sensi del Regolamento europeo 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Data,_____ Il Richiedente

_____
(firma del genitore)