MODELLO ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI

Il/La Sottoscritto/a _____

Genitore del/la alunno/a _____

Nato/a a _____

Il _____ residente _____ (____)

Via _____ n° _____

Telefono n° _____

Iscritto/a alla Scuola _____

Classe _____ Sezione _____ Via _____ n° _____

Comune di _____

Comunica che il proprio figlio/a intende usufruire del servizio mensa:
(barrare la voce che interessa)

☐ non è affetto da intolleranze alimentari

☐ è affetto da intolleranze alimentari (come risulta dalla documentazione specialistica allegata).

☐ è affetto da allergie alimentari (come risulta dalla documentazione specialistica allegata).

☐ Menù per motivi religiosi (indicare alimento da sostituire _____)

☐ Altro:

_____

☐ Il/La sottoscritto/a approva il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 30/06/2003, n°196 – codice in materia dei dati personali (se questa voce non verrà barrata non si potrà procedere alla stesura della dieta).

Data _____

Firma del Genitore

_____

QUESTO DOCUMENTO DOVRA' IN OGNI CASO ESSERE RESTITUITO ALLA SCUOLA

L'USO DEL DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.