



COMUNE DI MOGLIA  
Provincia di Mantova

## DIETA SPECIALE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a .....  
residente in (frazione ..... ) .....  
contatto telefonico .....  
in qualità di genitore  
dell'alunno/a..... con pan .....  
che frequenta la scuola ..... sez/cl .....  
e fruisce del servizio mensa

CHIEDE

l'attivazione di dieta speciale sanitaria di cui si allega certificato medico per i seguenti casi:

per tutto l'anno scolastico  
con scadenza sino a fine dell'anno scolastico o eventuale successiva formale disdetta

per situazione temporanea ovvero  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Data.....

FIRMA DEL GENITORE.....

Autorizzazione al trattamento dei dati personali. Con la presente si autorizza il Comune al trattamento ed alla raccolta dei propri dati personali e di quelli dei propri familiari ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 30.6.2003 e del GDPR ( regolamento UE 2016/679).

### **SEGNALAZIONE**

*Essendo l'elaborazione del menù speciale vincolata alla valutazione sanitaria, la data di attivazione della dieta verrà comunicata da parte dell'Ufficio al genitore richiedente.*