



# 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. 2024/2025

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore/tutore del bambino/a  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ n° cellulare \_\_\_\_\_  
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 2024/2025, 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.

Firma \_\_\_\_\_

Furci Siculo, li \_\_\_\_\_