|  |  |
| --- | --- |
| Descrizione: C:\Users\marco.castaldi\Desktop\Pontinia-Stemma.png | **COMUNE DI PONTINIA**  **PROVINCIA DI LATINA**  **04014 - Piazza Indipendenza, 1 - P.I.: 00321860595**  **V SETTORE SERVIZI SOCIALI E ALLA PERSONA**  **pec**: [comune@pec.comune.pontinia.lt.it](mailto:comune@pec.comune.pontinia.lt.it) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **MODELLO DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE CON PRESENTAZIONE DI CERTIFICAZIONE MEDICA** |

II/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di: Genitore Tutore Affidatario del/la bambino/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e frequentante la scuola \_\_\_\_\_\_\_per l’anno scolastico 2025/2026

classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Istituto Comprensivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E** per il/la proprio/a figlio/a

La preparazione di un particolare regime alimentare per motivi di salute (patologia cronica o transitoria, intolleranza/allergia alimentare, ritorno a dieta libera).

**Allego Certificazione medica** che attesti la necessità di seguire un regime dietetico particolare.

**DICHIARA**

***Di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dati personali e di acconsentire al trattamento dei dati ai sensi della vigente normativa (Reg. UE 2016/679).***

Data Firma del richiedente