

**Al Comune di Magliano in Toscana**  
**Servizio Pubblica Istruzione**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
(nome e cognome) (frazione o comune)  
Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la scuola  
\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

**FA PRESENTE CHE**  
**IL PROPRIO FIGLIO NECESSITA DI DIETA SPECIALE**  
**PERCHE' AFFETTO DA:**

**intolleranza/allergia** alimentare a (specificare alimento/i)  
\_\_\_\_\_

**malattia metabolica** (diabete, celiachia, favismo etc) (specificare)  
\_\_\_\_\_

**altro** \_\_\_\_\_

oppure  
**RICHIEDE L'ELIMINAZIONE DEI SEGUENTI ALIMENTI**  
**PER MOTIVI ETICO-RELIGIOSI**

carne di maiale e derivati

tutti i tipi di carne e derivati

altro: (specificare) \_\_\_\_\_

**Dichiara di essere consapevole che la presente richiesta avrà validità per la durata temporale indicata nel certificato medico o fino alla presentazione di un nuovo certificato attestante la sospensione o variazione del regime dietetico richiesto.**

**INFORMATIVA (ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003)**

Dichiaro di essere a conoscenza che i dati personali e sensibili indicati nella presente richiesta saranno trattati esclusivamente ai fini dell'istruttoria e comunicati ai soggetti che erogano il servizio da me richiesto.

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

\_\_\_\_\_  
(firma )

**Allegati:**

1. *certificato medico contenente l'indicazione della patologia, l'alimento/i da escludere, durata della dieta.*
2. *copia documento d'identità del richiedente in corso di validità*