



Al Servizio Scuola
dell'Istituzione Servizi alla Persona
del COMUNE DI ZOLA PREDOSA

e p.c. Alle insegnanti della classe frequentata
dal bambino

RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

Il sottoscritto _____

genitore di _____

frequentante la scuola _____

Classe _____

ALLEGO ALLA PRESENTE

CERTIFICATO MEDICO per richiesta dieta speciale per (motivazione) :

Sono a conoscenza del fatto che i dati forniti saranno trattati dall'amministrazione comunale, dalla scuola e da eventuali imprese esterne aggiudicatarie di appalti connessi al servizio di refezione scolastica ai soli fini della produzione, consegna, somministrazione pasti e per il tempo strettamente necessario (legge 675/96 e successive modificazioni)

Firma di un genitore

data _____

La richiesta completa di certificato del medico curante , in originale e vidimato dal medico della Pediatria di Comunità dell' Azienda USL*, deve essere consegnata all'Ufficio URCA del Comune di Zola Predosa o inviata via fax all' u.o. Servizi Scolastici al n. 051 61 61 745.

Copia della richiesta e COPIA DEL CERTIFICATO devono essere consegnati anche alle insegnanti di classe.

** (Pediatria di Comunità , Poliambulatorio Azienda USL- p.zza di Vittorio n. 1 Zola Predosa tel. 051 6188922)*