

**MODULO DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO MENSA PER GLI ALUNNI
DELLA SCUOLA PRIMARIA DI ALBIOLO CON DIETA SPECIALE /DIETA
IN BIANCO**

Io sottoscritto/a residente a

in Via /Piazza Cell.

e-mail con la presente CHIEDO iscrizione al

servizio di MENSA di mio/a figlio/a che

nell'a.s. 2024/2025 frequenterà la Scuola Primaria di Albiolo classe

con DIETA SPECIALE IN QUANTO AFFETTO DA:

- ☐ INTOLLERANZA ALIMENTARE
☐ ALLERGIA ALIMENTARE
☐ MALATTIA METABOLICA (diabete, celiachia, favismo, ecc...)
☐ OBESITA'

ALLEGA CERTIFICATO MEDICO IN ORIGINALE

(Si accolgono certificati dei pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche; nel caso di utilizzo di prodotti dietetici speciali, si prega di farlo prescrivere nel medesimo certificato)

☐ Fa presente che il proprio figlio, per motivi ETICO/RELIGIOSI, non può assumere i seguenti alimenti:

☐ DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SULLA PRIVACY

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI:

Nel caso in cui fosse materialmente impossibile acquisire la firma di entrambi i genitori, ovvero laddove un genitore fosse irreperibile, il genitore firmatario dichiara di aver messo a conoscenza l'altra parte e di avere effettuato espressa autorizzazione di quanto sottoscritto, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

**MODULO DA INVIARE VIA MAIL O CONSEGNARE A MANO PRESSO GLI
UFFICI DEL COMUNE DI ALBIOLO
ENTRO E NON OLTRE IL 23 AGOSTO 2024
UNITAMENTE ALLA SCHEDA DI ISCRIZIONE ALLA MENSA**