



# CITTÀ DI SIRACUSA



SETTORE  
ISTRUZIONE : SERVIZI ED ATTIVITA' CONNESSE E  
DI SUPPORTO

Via Nino Bixio – 96100 Siracusa tel. 0931/38444 - 331/1852937  
e-mail: [pubblicaistruzione@comune.siracusa.it](mailto:pubblicaistruzione@comune.siracusa.it)

## MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE a.s. 20.. / ..

Il/La sottoscritto/a (COGNOME) \_\_\_\_\_ (NOME) \_\_\_\_\_  
Genitore dell'alunno: (COGNOME) \_\_\_\_\_ (NOME) \_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ via  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ rec. telefonico \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ Frequentante per l'a.s. 20../20.. la scuola  
\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

CHIEDE

Per il predetto minore l'applicazione di regime dietetico differenziato per la seguente motivazione di salute:

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

Allega certificazione medica in originale.

**Il richiedente dichiara di essere informato ai sensi del GDPR UE 2016/679 e D.Lgs 196/2003 e s.m.i. che i dati riportati nel presente modello e/o nella documentazione allegata saranno trattati esclusivamente ai fini dell'elaborazione ed erogazione della dieta differenziata per cui viene fatta richiesta.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_