

al Dirigente Scolastico

P.zza/Via _____

82100 Benevento

Oggetto: Richiesta menu alternativo anno scolastico ____/____

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

In qualità di genitore/tutore residente in _____

Indirizzo _____

Telefono : _____

Cell: _____

CHIEDE CHE

al/alla figlio/a: _____
(cognome) (nome)

data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____

Frequentante la classe: _____ Plesso: _____

VENGA SOMMINISTRATO IL MENU:

DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE:
allegare certificato medico attestante il problema alimentare a firma del medico di base o del pediatra o di uno specialista o di un centro ospedaliero;

MENU ALTERNATIVO PER MOTIVI ETICO/RELIGIOSI;

PASTA IN BIANCO.

QUALUNQUE VARIAZIONE IN CORSO DELL'ANNO SCOLASTICO, DEVE ESSERE COMUNICATA ALL'UFFICIO DIDATTICO

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle informative privacy pubblicate, ai sensi della normativa vigente.

Benevento, _____

Firma

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità previste dal vigente ordinamento in materia di dichiarazioni mendaci (art.76 DPR 445/2000), dichiara che l'altro genitore è a conoscenza ed acconsente alla presente autorizzazione e che ha preso visione delle informative privacy pubblicate, ai sensi della normativa vigente.

Benevento, _____

Firma
