



**COMUNE DI SIRACUSA**  
**SETTORE POLITICHE EDUCATIVE – Servizio Pubblica Istruzione**  
**REFEZIONE SCOLASTICA**

Sede: Piazza Minerva, 5 - telefono: 0931.483357 - fax: 0931.61806  
sito internet: [www.comune.siracusa.it](http://www.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. 2014/2015 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 D.Lgs. 30/6/2003 n.196 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

\_\_\_\_\_