**RINUNCIA DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA**

 **All’Ente Gestore del Servizio di Ristorazione Scolastica**

**& al Comune di Magnago**

Anno scolastico…………………

Il sottoscritto/a ……………………………………………………………………………….

Nato/a a …………………………………il………………………………………………….

Residente a...............................................................................................................................

CODICE FISCALE………………………………………………………………………….

genitore o esercitante potestà genitoriale dell’alunno/a……………………………………….

frequentante la Scuola …………………….. classe …………….. sez. …………..

# C H I E D E

che **la dieta speciale sotto specificata seguita da mio/a figlio/a VENGA ANNULLATA A**

**FAR DATA DAL** ……………………………………………

* **Allergia**
* **Intolleranza**
* **Dieta ad esclusione per protocollo diagnostico**
* **Dieta leggera (durata superiore ai tre giorni)**
* **Celiachia**
* **Obesità**
* **Diabete**
* **Favismo**
* **Fenilchetonuria**
* **Altro ……………………………………..(specificare)**

*I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 (art.13).*

***Dichiara di aver preso visione del vigente “Codice di Comportamento” dell’Ente, giusto DPR 16/4/2013 n° 62 (disponibile sul sito*** [***www.comune.magnago.mi.it***](http://www.comune.magnago.mi.it) ***– voce: amministrazione trasparente – disposizioni generali – atti generali) e di assicurare per quanto di competenza il rispetto.***

**Recapito per eventuali comunicazioni:**

Cognome e Nome ………………………………………….

Via ………………………………………………………….

Città ………………………………………………………..

Tel. …………………………………………………………

Data:…………….. FIRMA

 …………………………………..

**RINUNCIA DIETA PER MOTIVI ETICO-RELIGIOSI**

 **All’Ente Gestore del Servizio di Ristorazione Scolastica &**

 **Comune di Magnago**

Anno scolastico…………………

Il sottoscritto/a ……………………………………………………………………………….

Nato/a a …………………………………il………………………………………………….

Residente a...............................................................................................................................

CODICE FISCALE………………………………………………………………………….

genitore o esercitante potestà genitoriale dell’alunno/a……………………………………….

frequentante la Scuola …………………….. classe …………….. sez. …………..

# C H I E D E

che **la dieta speciale sotto specificata seguita da mio/a figlio/a VENGA ANNULLATA A**

**FAR DATA DAL** ……………………………………………

* **carne di maiale e derivati**
* **tutti i tipi di carne e derivati**
* **pesce**
* **uova**
* **altro: specificare………………………………………………………….**

*I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 (art.13).*

***Dichiara di aver preso visione del vigente “Codice di Comportamento” dell’Ente, giusto DPR 16/4/2013 n° 62 (disponibile sul sito*** [***www.comune.magnago.mi.it***](http://www.comune.magnago.mi.it) ***– voce: amministrazione trasparente – disposizioni generali – atti generali) e di assicurare per quanto di competenza il rispetto.***

**Recapito per eventuali comunicazioni:**

Cognome e Nome ………………………………………….

Via ………………………………………………………….

Città ………………………………………………………..

Tel. …………………………………………………………

Data:…………….. FIRMA DEI GENITORI

 …………………………………..

 …………………………………….