



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

Dipartimento di Sanità Pubblica - U.O. Igiene degli Alimenti e Nutrizione Rimini
Direttore dott. Raffaele De Lorenzi

_____, ____/____/20____

MODULO PER RICHIESTA DI

DIETA SPECIALE PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA - **ADULTI**

da inviare compilato al seguente indirizzo mail nutrizionesian.rn@auslromagna.it per informazioni 0541/707233-7682

anno scolastico 20____ / ____

Io sottoscritt _____

nat ____ il _____ a _____

residente/domiciliat ____ in via _____

nel Comune di _____ tel. n° _____

cellulare n° _____ e-mail _____

operante in qualità di ☐ educatore ☐ insegnante ☐ collaboratore scolastico
presso ☐ nido d'infanzia ☐ scuola dell'infanzia ☐ scuola primaria ☐ scuola secondaria di 1° grado

denominato/a _____

aula / classe _____ nel Comune di _____

Richiedo la DIETA SPECIALE in quanto:

☒ SONO ALLERGIC ____ A _____

☐ allego il certificato del MMG / Medico Specialista in Allergologia / Gastroenterologia

☒ SONO AFFETT ____ DA _____

☐ allego il certificato del MMG / Medico Specialista di riferimento per la patologia

Il mio MMG è il Dr. _____

NOTE:

FIRMA

Informativa ex Art. 13D. LGS N. 196/2003 – Protezione dei dati personali

Nel compilare questo modello di istanza, come anche per la documentazione richiesta in allegato, Le chiederemo di fornire dati personali che saranno trattati dall'amministrazione del rispetto dei vincoli e delle finalità previste dal Codice in Materia di protezione dei dati personali (D.Lgs 196/2003). Il trattamento avverrà nell'ambito delle finalità istituzionali dell'amministrazione e pertanto la vigente normativa non richiede una esplicita manifestazione del suo consenso. In ogni caso Lei potrà esercitare i Diritti riconosciuti dall'art.7 del decreto e le altre facoltà concesse dalla vigente normativa.

FIRMA
