



COMUNE DI URI

PROVINCIA DI SASSARI

P.I. 00262990906 - ☎ 079/4187055 – FAX 079/4187073 - C.A.P. 07040

AREA SERVIZI SOCIALI CULTURALI PUBBLICA ISTRUZIONE

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA A.S. 2016/2017

RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____
 Genitore⁽¹⁾ del minore _____
 residente in via _____ tel. _____
 che frequenta la scuola _____ per l'anno scolastico a.s. 2016/2017

CHIEDE

La preparazione di un particolare regime alimentare per motivi **DI SALUTE** che prevede:

Occorre **allegare** certificazione medica (del medico curante o del Servizio Sanitario Nazionale) che attesti la necessità di seguire una dieta particolare.

A tal fine **dichiara** che il il/la minore è presente a mensa il: (barrare le caselle corrispondenti)

tutti i gg. **Oppure** Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì

Il richiedente **dichiara** fin da ora di essere informato ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 (T.U.) che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che il titolare del trattamento è il Comune di Uri, con sede in Via Sassari 95, nella persona del Responsabile del Servizio Sociale, Culturale e Pubblica Istruzione.

Data e Firma del richiedente

 1 O affidatario che esercita la patria potestà