

---

**Modulo A1 - Richiesta dieta speciale per motivi di salute - personale docente**

---

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo Statale  
"Via Stoccolma"  
09100 Cagliari

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

abitante in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

docente presso la scuola \_\_\_\_\_ classe/i \_\_\_\_\_

per l'anno scolastico \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

La preparazione di un particolare regime alimentare per **motivi di salute** (certificato medico allegato)

Il/la sottoscritto/a è presente a mensa (barrare le caselle corrispondenti) :  tutti i gg. oppure

Lunedì       Martedì       Mercoledì       Giovedì       Venerdì

Oppure allegare calendario dettagliato.

### **DICHIARA**

Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati personali pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente / Altri Contenuti / privacy del sito web istituzionale dell'istituto scolastico e di acconsentire al trattamento dei dati ai sensi della vigente normativa (Reg. UE 2016/679).

### **DICHIARA INOLTRE**

Di essere consapevole che le informazioni contenute nel presente modulo e la certificazione medica allegata potranno essere comunicate al comune di Cagliari e/o alle ditte esterne che gestiscono il servizio mensa allo scopo di predisporre il menù particolare richiesto.

### **ALLEGA**

- Certificato medico per dieta speciale per motivi sanitari
- Tabelle dietetiche specifiche per patologia sottoscritte dal medico curante

Data

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_