

Modulo Richiesta di Pasto alternativo per Intolleranze o Etico/Religiose

Anno scolastico
Comune di
Il sottoscritto /a (Nome Cognome)
Genitore/tutore di (Nome Cognome alunno)
Il sottoscritto/a operatore scolastico /Docente
Telefono /cellulare (solo in caso di necessità di chiarimenti)
Indirizzo di posta elettronica (facoltativo)
Scuola di riferimento: Nome scuolaclassesezione
Infanzia Primaria
Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico fornito da Scamar S.r.l
Giorni di rientro Lunedi □ martedì □ mercoledì □ giovedì □ venerdì □
Il sottoscritto come sopra identificato:
1.Richiede
 per il proprio figlio per sé in quanto Docente fruitore del servizio de refezione scolastica,
la produzione di pasto alternativo per motivazione etico-religiosa:
 ✓ Motivazione etica ○ Dieta ovo-latto vegetariana (no carne, no pesce, si uova, latte e derivati) ○ Dieta vegana (no carne, no pesce, no uova, no latte e derivati)
✓ Motivazione religiosa
o no tutti i tipi di carne



no suinono bovino

altro(specificare)_





/	Allergia/Intolleranza:

- 2. In caso di necessità di dieta speciale per intolleranza o allergia è necessario allegare il certificato di intolleranza del medico curante.
- 4. La richiesta è ritenuta valida per l'intero anno scolastico.
- 5. Il sottoscritto è consapevole che la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione ASL.

Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri.

II/ la sottoscritta dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi D.L. 8 ottobre 2021, n. 139, convertito, con modificazioni, dalla L. 3 dicembre 2021, n. 205 e dal D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno raccolti e trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data Firma leggibile



