
Modello dieta speciale per motivi di salute con presentazione di certificazione medica, per il personale scolastico - Modello A1

Al Dirigente Servizio Pubblica Istruzione
del Comune di Cetraro

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____
abitante in via _____ tel. _____
docente/ata presso la scuola _____ classe/i _____
per l'anno scolastico ____ / ____
indirizzo e-mail _____

CHIEDE

La preparazione di un particolare regime alimentare per motivi di salute:

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 e di acconsentire al trattamento dei dati ai sensi della vigente normativa (Reg. UE 2016/679).

ALLEGA

- Certificato medico per dieta speciale per motivi sanitari

Data

Firma del richiedente

Da consegnare per pec a segreteria.cetraro@asmepec.it -
orario : lunedì e giovedì dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00, il mercoledì dalle 9.00 alle 13.00;
Telefono: 0982/978222-0982978236

CERTIFICATO MEDICO PER DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI
Modello di fac-simile da rilasciare a cura del medico di medicina generale o medico specialista in allergologia ed immunologia clinica o gastroenterologia

Certifico che il paziente

Nato/a a:.....il

È affetto da.....

E pertanto non può assumere il/i seguente/ti alimento/i

Tale disposizione è necessaria ed indispensabile per la salute del paziente per il periodo

da al

Cetraro,

Timbro e firma del Medico