

---

## 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](mailto: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