

**COMUNE DI FIRENZE**

**DIREZIONE ISTRUZIONE – P.O.MENSE E REFEZIONE SCOLASTICA-TRASPORTI**

**A.S.. 20.../20...**

**RICHIESTA DIETA PER MOTIVI DI SALUTE**

Il/La sottoscritto/a .....

Telefono.....

della scuola.....classe/sez.....

in qualita' di ..... (specificare qualifica)

**richiede** la dieta speciale per **MOTIVI DI SALUTE** per il periodo sotto indicato:

dal.....al.....

**Si allega il certificato medico rilasciato dal medico di base** attestante dettagliatamente gli **ALIMENTI DA ESCLUDERE DALL'ALIMENTAZIONE QUOTIDIANA** presso la refezione scolastica.

*N.B. La presente richiesta si ritiene valida per tutto l'anno educativo indicato; in caso di celiachia o di patologie croniche (es. diabete, favismo, fenilchetonuria, ecc.) il certificato medico è da ritenersi valido per l'intero ciclo educativo. Il/la sottoscritto/a si impegna a presentare nuova certificazione medica in caso di interruzione della dieta speciale o in caso di eventuali modifiche intervenute.*

**Il modulo ed il certificato medico devono essere inviati al centro di cottura di riferimento consultabile al link <https://educazione.comune.fi.it/pagina/mensa> ed alla mail [diete.istruzione@comune.fi.it](mailto:diete.istruzione@comune.fi.it)**

Data.....

Firma .....

**Trattamento di dati personali ai fini di somministrazione delle diete speciali:**

I richiedenti dichiarano fin da ora di essere informati che ai sensi degli art. 13 – 14 del GDPR 2016/679 (consultabili al link: <https://educazione.comune.fi.it/pagina/mensa>) i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e comunicati alla Direzione Istruzione – P.O.Mense e refezione scolastica-Trasporti e contestualmente al Centro Cottura di riferimento, gestito da società in appalto con il Comune di Firenze.

Data.....

Firma .....

Data.....

Firma .....