

|                                                                                    |                                                                                     |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|    | Titolo documento:<br><b>RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI<br/>ETICO-RELIGIOSI</b> | <b>SA 09.21.1</b>             |
|                                                                                    |                                                                                     | Rev. N°03<br>Data: 11/09/2024 |
| Tipologia documento: MODULO <b>SOCIO ASSISTENZIALE - ATTIVITA' INFERMIERISTICA</b> |                                                                                     | Pagina 1 di 1                 |

## CERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a .....

In qualità di:

- ☐ Diretto interessato (personale scolastico)
- ☐ Genitore
- ☐ Tutore dell'alunno

Di.....

Nato a: .....il .....

residente nel comune di.....via/piazza.....n°.....

Codice Fiscale o tessera sanitaria: .....

Scuola: ☐ NIDO ☐ INFANZIA ☐ PRIMARIA ☐ SECONDARIA

Nome scuola.....indirizzo/classe.....

Giorni di frequenza in mensa: ☐ Tutti oppure, specificare i giorni di frequenza:

☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì

**CHIEDE**

☐ **che vengano apportate modifiche alla tabella dietetica in vigore nella scuola sopra citata per motivi etico-culturali-religiosi,**

**eliminando dalla dieta i seguenti alimenti:**

- Carne di maiale e derivati
- Tutti i tipi di carne e derivati
- Tutti i tipi di carne e di pesce derivati (dieta latte ovo vegetariana)
- Carne bovina e derivati
- Tutti gli alimenti di origine animale e derivati (dieta vegana)

☐ **che venga sospesa la dieta speciale** precedentemente richiesta, reintroducendo nel menù i seguenti alimenti (specificare) .....

L'ospite deve pertanto seguire una dieta appropriata alla diagnosi.

....., il .....

Firma.....

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Consapevole che la richiesta è subordinata al trattamento dei dati personali e sensibili, dichiara di aver preso visione dell'informativa, predisposta dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 2016/679

☐ **acconsento**

☐ **non acconsento**

Al trattamento dei dati personali forniti, ivi compresi quelli sensibili.

....., li .....

Firma.....