



Al Comune di Ostellato
comune.ostellato@cert.comune.ostellato.fe.it

**RICHIESTA DI *DIETA SPECIALE*
PER SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA**

Il/La Sottoscritto/a _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____

in via _____ n. _____ tel/cell _____

Mail *(campo obbligatorio)* _____ C. Fiscale _____

CHIEDE L'APPLICAZIONE DELLA SEGUENTE *DIETA SPECIALE*

per il/la proprio/a figlio/a _____

nato/a il _____, C.F. _____

frequentante nell'anno scolastico 2025/26

la classe ____ sez. ____ della scuola _____

iscritto alla refezione nei giorni:

(barrare i giorni)

☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì

(barrare la dieta prescelta)

☐ **MUSULMANA (no carne di maiale);**

☐ **INDIANA (no carne di bovino);**

☐ **INTEGRALISTA (no carne di tutti i tipi);**

☐ **VEGETARIANA (no carne, no pesce);**

☐ **VEGANA (no carne, no pesce, no uova, no formaggio);**

☐ **MOTIVI DI SALUTE (Come da allegato certificato medico)**

Si conferma di essere a conoscenza che la procedura prevede che la dieta sia attivata **solo a seguito di conferma scritta da parte del dietista** dell'azienda di ristorazione.

Ha visionato l'Informativa ai sensi del Regolamento europeo 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Data, _____

Il Richiedente

(firma del genitore)