

**Ufficio di refezione Scolastica - Federazione dei Comuni del Camposampierese**

Responsabile del Servizio – dr.ssa Anna Maria Giacomelli. Sede: Villa Querini – Via Cordenons, 17. 35012 Camposampiero (Pd)

Tel. 049.9315615 - Fax 049.9315611 - Email: mensa@fcc.veneto.it



**Federazione dei Comuni  
del Camposampierese**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

abitante in via/piazza: \_\_\_\_\_ città: \_\_\_\_\_

tel. abitazione n° \_\_\_\_\_

tel. cellulare n° \_\_\_\_\_

genitore di : \_\_\_\_\_

M	F
---	---

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola

\_\_\_\_\_ per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Presente in mensa nei giorni di:

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

**CHIEDE**

l'erogazione per il proprio figlio di: (barrare la casella interessata)

- dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare

A tal fine si allega :

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione

- dieta speciale per celiachia

A tal fine si allega :

- Certificato del medico curante con diagnosi

- dieta speciale per alte condizioni permanenti

A tal fine si allega :

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione

data: ...../...../20.....

\_\_\_\_\_  
Firma

Io sottoscritta/o \_\_\_\_\_, con la presente, ad ogni effetto di legge e di regolamento, dichiaro di avere attentamente letta l'informativa allegata al modulo di iscrizione e di prestare il mio libero, consapevole, informato, specifico ed incondizionato consenso al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali per le finalità e con le modalità riportate nell'informativa.

\_\_\_\_\_, li \_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile del dichiarante)