



Città di Gallipoli

Settore 1 : Affari Generali e Istituzionali

Servizi Scolastici

Al Comune di Gallipoli

Servizio Politiche Scolastiche

protocollo.comunegallipoli@pec.rupar.puglia.it

Oggetto: SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA - RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ i
n qualità di Genitore (esercente la potestà genitoriale) del minore
_____ nato/a a _____ il _____ frequentante
nell'A.S. 2026/27 la classe _____ sezione _____ dell'Istituto scolastico
(denominazione) _____ plesso _____ via _____

RICHIEDE

La DIETA SPECIALE PER:

☐ **MOTIVI SANITARI** – allega a tal fine CERTIFICATO MEDICO rilasciato dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN attestante l'allergia/intolleranza (precisando se da considerare a rischio vita o non a rischio vita), la tipologia di dieta richiesta e gli alimenti ammessi o da escludere e la durata del certificato. Certificati rilasciati da specialisti diversi da quelli indicati non saranno accettati.

☐ **MOTIVI ETICO-CULTURALI-RELIGIOSI-** allega a tal fine AUTOCERTIFICAZIONE redatta dall'esercente la potestà genitoriale del minore con indicata la tipologia di dieta richiesta e la durata della stessa;

DICHIARA

Di essere consapevole che la documentazione incompleta e/o che non rispetti i parametri descritti, comporta una dilazione dei tempi ed una richiesta di integrazione che potrebbe determinare un ritardo nella predisposizione e validazione della relativa dieta e, conseguentemente, un ritardo nella erogazione del servizio.

Di Autorizzare il trattamento dati, nel rispetto della vigente normativa, ai fini del servizio richiesto

Data _____

Firma _____