

Oggetto: MENSA SCOLASTICA 2015-2016.
Richiesta menù per "diete speciali".

Al sig. Sindaco
del Comune di QUINTO DI TREVISO
(eventualmente tramite l'Istituto Comprensivo)
fax Comune 0422-472380
e-mail segreteria@comune.quintoditreviso.tv.it

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente nel Comune di _____
in Via _____ n. _____, telefono cell. n. _____
e-mail _____

genitore di _____ che frequenta nell'anno 2015-16
la classe _____ nel plesso scolastico **Marconi**

con giorni di rientro pomeridiano i giorni : ☐ martedì ☐ giovedì

considerato che mio figlio :

☐ è affetto da _____ come da certificato
medico allegato alla presente (oppure già allegato all'analoga richiesta dell'anno 2014-
15), e pertanto NON PUO' consumare i seguenti
alimenti: _____
_____,

☐ è di religione _____ e pertanto non può mangiare i seguenti
alimenti _____
_____,

CHIEDE

che venga garantito un menù compatibile con quanto sopraindicato.

Allega documentazione medica (nei casi di pertinenza) .

**E' INFORMATO ED AUTORIZZA LA RACCOLTA ED IL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEL DECRETO
LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003, N. 196.**

Distinti saluti.

Quinto di Treviso, _____

firma

=====

(riservato al Comune)

N. progr. _____/2015-16

Trasmesso a EURORISTORAZIONE SRL via fax al n. **0422-362720** il _____