



# COMUNE DI TRIGOLO

PROVINCIA DI CREMONA

Piazza Europa 2 26018 TRIGOLO  
Tel. 0374 370122 Fax 0374 375165  
C.F. e p. IVA 00304290190  
E-mail : [protocollo@comune.trigolo.cr.it](mailto:protocollo@comune.trigolo.cr.it)  
PEC: [comune.trigolo@pec.regione.lombardia.it](mailto:comune.trigolo@pec.regione.lombardia.it)

ALLEGATO A

## RICHIESTA DIETA SPECIALE per motivi di salute

Il/la sottoscritto/a (nome e Cognome) \_\_\_\_\_  
genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
cell. n° \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Dichiara che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a da:

**Intolleranza alimentare**

(si allega certificato medico in originale con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere)

**Allergia alimentare**

(si allega certificato medico in originale con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere)

**Malattia metabolica** (celiachia, diabete, favismo, altro .....)

(si allega certificato medico in originale con diagnosi ed eventuale elenco degli alimenti da escludere)

Fa presente che il/la proprio/a figlio/a è  
esposto/a shock anafilattico:

SI  NO

**Allegare certificato medico in originale (si accettano certificati di pediatri di base e di specialisti in allergologia o malattie metaboliche; nel caso si utilizzino prodotti dietetici speciali si prega di farlo prescrivere nel medesimo certificato).**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**ALLEGARE COPIA CARTA D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**

#### INFORMATIVA SUI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL DICHIARANTE

Il trattamento avverrà conformemente al Reg. EU 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche. Informativa completa disponibile sul sito del Comune : [www.comune.trigolo.cr.it](http://www.comune.trigolo.cr.it) - amministrazione trasparente