A.S.L. V.C.O.
Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

(modulo A)

RICHIESTA DI VARIAZIONE MENU' SCOLASTICO PER INTOLLERANZA / ALLERGIA ALIMENTARE / ALTRA PATOLOGIA

Io sottoscritto/a .....

genitore/tutore del bambino/a .....

nato/a ..... il .....

residente nel Comune di .....

Via .....N°.....

N° telefono ..... N° cellulare .....

Indirizzo di posta elettronica .....

iscritto alla scuola ..... classe .....

nel Comune di .....

usufruisce del servizio mensa nei seguenti giorni: (specificare)

☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì
☐ giovedì ☐ venerdì ☐ tutti i giorni

CHIEDO

che vengano apportate modifiche al menù in vigore nella scuola sopra citata per l'anno scolastico .....

ALLEGO

la certificazione medica nel rispetto delle indicazioni riportate sul retro.

Il sottoscritto autorizza l'ASL VCO al trattamento dei propri dati personali (comuni e sensibili), purché tale trattamento sia svolto nei limiti imposti da leggi, regolamenti, alle Pubbliche Amministrazioni, per lo svolgimento dei fini istituzionali.

Data ..... Firma .....

N.B. Il presente modulo va compilato in tutte le sue parti e restituito al Responsabile delle mense scolastiche del comune / dell'istituto, che provvederà a inviarlo all'ASL VCO - SIAN - Struttura Semplice di Nutrizione, per gli opportuni provvedimenti.

COMUNE DI VOGOGNA - Prot 0002311 del 21/04/2020 Tit VII Cl 1 Fasc