



# CITTÀ DI PIOSSASCO

PROVINCIA DI TORINO

## DIPARTIMENTO SERVIZI ALLA PERSONA

RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

Anno scolastico 2013-2014

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

padre/madre dell'alunno/a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ recapito tel. \_\_\_\_\_

frequentante la scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

chiede che al proprio figlio venga somministrata una dieta speciale come da certificato medico allegato.

Dichiara, inoltre, di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale può utilizzare i dati personali forniti e contenuti in questa domanda esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.Lgs 196/2003).

Piovascico \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

	<p><b>CITTÀ DI PIOSSASCO</b> (Prov. di Torino)</p> <p>ufficio mensa: 0119027210/205 orari: lunedì, giovedì e venerdì: 8,45 -13,45 mercoledì: 14,00 -17,15 martedì: chiuso</p>	<p>ricevuta per la consegna <u>del certificato medico</u> servizio mensa anno scolastico 2013-2014</p> <p>Alunno/i .....</p> <p>DATA.....</p> <p>Per l'Ufficio Mensa</p>
--	---	--