

(modulo B1)

**COMUNICAZIONE DI VARIAZIONE DEL MENU'
PER INDISPOSIZIONE TEMPORANEA**

Io sottoscritto/a

genitore/tutore del bambino/a

nato/a il

residente nel Comune di

Via N°.....

N° telefono N° cellulare

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 venga somministrata “dieta in bianco” per il periodo dal
al (massimo 5 giorni al mese).

Il sottoscritto acconsente che l'ASL NO tratti i 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 COMPILATI IN TUTTE LE SUE PARTI E RESTITUITO AL RESPONSABILE DELLA MENSA SCOLASTICA, CHE PROVVEDERA' AD INVIALO AL RESPONSABILE DELLA CUCINA E, PER CONOSCENZA, AL SIAN ASL NO - STRUTTURA SEMPLICE DI NUTRIZIONE.