

(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

mercoledì

venerdì

martedì

giovedì

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 COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI E  
RESTITUITO AL RESPONSABILE DELLA MENSA SCOLASTICA, CHE  
PROVVEDERÀ AD INVIARLO AL RESPONSABILE DELLA CUCINA E, PER  
CONOSCENZA, AL SIAN ASL NO - STRUTTURA SEMPLICE DI NUTRIZIONE.**