



ISTITUTO COMPRENSIVO ORVIETO - MONTECCHIO

Scuola Sec. 1° grado "I. Scalza" ad Indirizzo Musicale  
Via dei Tigli, 2 - 05018 ORVIETO (TR) - C.F. 90017200552  
Tel. 0763/302485 Fax 0763/305665  
e-mail: [tric82200b@istruzione.it](mailto:tric82200b@istruzione.it) - postacert: [tric82200b@pec.istruzione.it](mailto:tric82200b@pec.istruzione.it)

- Spett.le Servizio Gestione mensa scolastica ORVIETO
- Al Personale della Scuola interessata

**Oggetto: Richiesta dieta per alunno allergico  
(ai sensi del D. Lgs. 196/2003 - tutela dati protetti da Privacy).**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore/tutore

CHIEDE per l'alunno \_\_\_\_\_

SCUOLA

- INFANZIA
- PRIMARIA
- SS1G

PLESSO \_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_ SEZ. \_\_\_\_\_

una DIETA PRIVA DI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

come da certificato medico allegato.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del padre

\_\_\_\_\_

Firma della madre

---

**DA COMPILARE IN CASO DI FIRMA DA PARTE DI UN SOLO GENITORE**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ madre/padre dell'alunno/a \_\_\_\_\_ ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del DPR 28/12/2000, n. 445, **sotto la mia personale responsabilità**, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro che \_\_\_\_\_ padre/madre del predetto è a conoscenza e d'accordo circa la dichiarazione di dieta per alunno allergico, come da richiesta sovrascritta.

FIRMA

\_\_\_\_\_