

**Direzione
Asilo Nido Comunale Aquilone**

RICHIESTA DIETA SPECIALE – a.e. 2026/2027

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) genitore del/la
bambino/a nato/a a il
residente in via/piazza n. a
tel. cell. e mail

richiede una dieta speciale per

☐ **Intolleranza o allergia alimentare** (Allegare al presente modulo: certificazione medica).

☐ **Celiachia** (Allegare al presente modulo: certificazione medica).

☐ **Malattia metabolica** che necessita di esclusione di alcuni alimenti dalla dieta (Allegare al presente modulo: certificazione medica).

Indicare gli alimenti che non possono essere assunti

.....
.....

☐ **Motivi religiosi** (in questo caso verranno somministrati alimenti alternativi secondo disponibilità della cucina)

Indicare gli alimenti che non possono essere assunti

.....
.....

☐ **Disgusti, rifiuti o idiosincrasie** (in questo caso potrà essere somministrata dieta in bianco)

Indicare gli alimenti che non possono essere assunti

.....
.....

☐ **Dieta vegetariana**

Indicare gli alimenti che non possono essere assunti

.....
.....

SI IMPEGNA a trasmettere alla Direzione dell'Asilo Nido eventuali aggiornamenti e/o revoche della dieta richiesta.

TUTELA DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/96 il/la sottoscritto/a autorizza il Comune di Seregno al trattamento dei dati personali riportati nella presente domanda. I dati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo ed il loro trattamento sarà realizzato da personale Comunale e dell'ASL (per competenza sanitaria), anche con l'ausilio di mezzi elettronici.

Data.....

FIRMA