



COMUNE di CASTROCIELO

Provincia di Frosinone

Via Roma n. 44 - 03030 Castrocielo - tel. 0776/79001 - fax 0776/79822 – P.iva 01806100606
sito www.comune.castrocielo.fr.it

Allegato 1)

RICHIESTA PER USUFRUIRE DEL MENU' DIFFERENZIATO PER MOTIVI MEDICI – A.S. 2025/2026

Il/la sottoscritt _____, residente a _____ (FR)

Via _____ tel. _____ / _____ cell. _____

genitore del/la bambino/a _____ nato/a a _____

(_____) il _____, iscritto alla:

Scuola dell'Infanzia

CAPOLUOGO

STRADA
ROMANA

Scuola Primaria

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a, come da certificato medico specifico, possa usufruire di menù differenziato.

Si allega relativo certificato medico.

Autorizzo ai sensi del Regolamento dell'Unione Europea n. 679/2016 il trattamento dei dati personali forniti per accedere al servizio di refezione per usi strettamente legati alla gestione delle procedure di cui alla presente richiesta

Castrocielo, _____

Firma
