|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | COMUNE di  SAN COLOMBANO AL LAMBRO  “BORGO INSIGNE” (Titolo Araldico)  Città Metropolitana di MILANO |  |

**Al Servizio Sociale**

**del Comune di San Colombano al Lambro**

**Via Monti 47**

**20078 San Colombano al Lambro**

**da far pervenire al Servizio Protocollo anche via mail:**

**protocollo@comune.sancolombanoallambro.mi.it**

**PEC:** [**comune.sancolombano@cert.saga.it**](mailto:comune.sancolombano@cert.saga.it)

**Richiesta di variazione al menù del servizio asilo nido comunale**

Il/la sottoscritto/a ....................................................................................................................

Genitore dell’iscritto …………………………………………………. .........................................

nato a ……………………………….il………………residente a ...............................................

in Via…………….…..…………………..………………Cell. n°….………………………………..

indirizzo mail …………………………………………………………………………………………

che frequenta l’asilo nido comunale l’Aquilone

**per l’Anno Scolastico 2025/2026**

**C H I E D E**

La preparazione di un particolare regime alimentare:

**[ ] Dieta speciale ( motivi di salute)**

Occorre presentare una certificazione medica che attesti la necessità di seguire una

dieta particolare**.**

**[ ] Dieta per motivi etico / religiosi** : indicare gli alimenti da **NON SOMMINISTRARE**

**……………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………**

**\*** Ai sensi dell’art.13 del D.Lgs.n.196 del 30.06.2003, e del Regolamento Europeo 2016/679 si informa che i dati personali raccolti

tramite il presente modello, sono trattati dal Comune di san Colombano al Lambro quale Titolare del Trattamento, per le finalità

connesse all’erogazione del servizio.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via G.Monti, 47 – Tel. 03712931 – Fax 0371897965 – Codice fiscale 84503820155