

---

**Modulo dieta speciale per motivi religiosi e/o culturali,  
per il personale scolastico**  
**Modello B 1 – Non è richiesta certificazione medica**

---

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo  
"Santa Caterina" - Cagliari

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

abitante in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

docente presso la scuola \_\_\_\_\_ classe/i \_\_\_\_\_

per l'anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La preparazione di un particolare regime alimentare per motivi religiosi che prevede:

- |                                                                         |                                                                                  |                                                                                                                    |                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/><br><b>Sostituzione<br/>carne di<br/>maiale</b> | <input type="checkbox"/><br><b>Sostituzione di<br/>tutti i tipi di<br/>carne</b> | <input type="checkbox"/><br><b>Dieta<br/>vegetariana<br/>Sostituzione di<br/>tutti i tipi di<br/>carne e pesce</b> | <input type="checkbox"/><br><b>Dieta vegana,<br/>con<br/>esclusione<br/>totale di<br/>proteine<br/>animali</b> |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Il/la sottoscritto/a è presente a mensa (barrare caselle corrispondenti):  tutti i gg oppure

Lunedì       Martedì       Mercoledì       Giovedì       Venerdì

Oppure allegare calendario dettagliato.

**DICHIARA**

Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati personali pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente / Altri Contenuti / privacy del sito web istituzionale dell'istituto scolastico e di acconsentire al trattamento dei dati ai sensi della vigente normativa (Reg. UE 2016/679).

**DICHIARA INOLTRE**

Di essere consapevole che le informazioni contenute nel presente modulo potranno essere comunicate al Comune di Cagliari e/o alle ditte esterne che gestiscono il servizio mensa allo scopo di predisporre il menù particolare richiesto.

Data

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**Da inviare** per e-mail a: [caic89300g@istruzione.it](mailto:caic89300g@istruzione.it) o per fax al n. 070652017  
oppure **consegnare** a mano c/o ufficio segreteria Via Canelles, 1 - 09124 Cagliari