

MODULO DI RICHIESTA di DIETA SPECIALE per motivi sanitari per il servizio di refezione scolastica

La richiesta, con allegato il certificato del medico curante ed elenco alimenti da escludere dalla dieta, deve essere recapitata all'ufficio competente del Comune di appartenenza della scuola pubblica o all'amministrazione scolastica.

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ via/piazza _____ n. ___

tel. abitazione n° _____ tel. Ufficio/cellulare n° _____

genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a _____

che frequenta la classe _____ sez. _____ della scuola _____

per l'anno scolastico ____/____ Il bambino/a è presente in mensa nei seguenti giorni

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	venerdì	Contrassegnare con una X i giorni settimanali in cui vengono consumati pasti in ambito scolastico
--------	---------	-----------	---------	---------	---

CHIEDE

la somministrazione al\alla proprio\ a figlio\ a di **(barrare la casella interessata)**

- Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- Dieta speciale per la celiachia a tal fine si allega certificazione del medico curante con diagnosi
- Dieta speciale per altre condizioni permanenti a tal fine si allega certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Luogo e data _____

Firma _____

Firma del genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale