

**MODULO DI RICHIESTA di dieta speciale per motivi sanitari per il servizio di refezione scolastica**

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

Genitore o esercente potestà genitoriale del/la bambino/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. abitazione n. \_\_\_\_\_ tel. Ufficio/cellulare n. \_\_\_\_\_

Che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

Plesso \_\_\_\_\_ per l'a.s. \_\_\_\_/\_\_\_\_

Il/la bambino/a è presente in mensa nei seguenti giorni:

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

**C H I E D E**

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
- scheda identificativa come da MOD. 2/A

**Dieta speciale per celiachia**

a tal fine si allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi
- Scheda identificativa come da MOD. 2/A

**Dieta speciale per altre condizioni permanenti**

a tal fine si allega:

- certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- scheda identificativa come da MOD. 2/A

Data \_\_\_\_\_

*Firma dei genitori o affidatario*

*che esercita la responsabilità genitoriale*

*PADRE.....*

*MADRE.....*

*TUTORE.....*

