



Modulo per Richiesta dieta speciale di tipo sanitario e/o religioso per la Ristorazione Scolastica

**All'ente gestore del
Servizio di Ristorazione Scolastica
Comune di**

ANNO SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a in qualità di: *Genitore o legale rappresentante del minore*

Nome e cognome del genitore/legale rappresentante del minore

Codice fiscale Via/Piazza n.

Comune di CAP. Provincia Tel.

Cell. e-mail

Genitore dell'alunna/o Codice fiscale

Nata/o il a Via/Piazza n.

Comune di Residente in Via/Piazza n. Comune di

..... Scuola di frequenza: Istituto

Classe di frequenza:

Nido

Scuola dell'infanzia – Classe Sez.

Scuola elementare – Classe Sez.

Scuola Secondaria di Primo Grado – Classe Sez.

Il/La sottoscritto/a fa presente che il/la proprio/a figlio/a è affetto da:

intolleranza alimentare

allergia alimentare

malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, etc.)

motivi religiosi

altro

CHIEDE

Che venga somministrata la seguente dieta:

Dieta per motivi di salute

Altro

Allega (pena esclusione) i seguenti documenti:

certificato medico

autocertificazione per motivi religiosi

copia del documento d'identità in corso di validità del genitore o legale rappresentante del minore.

Data

Firma