

MODULO RICHIESTA DIETA per a.s. 20__/20__

Il sottoscritto _____ Genitore di _____

Nato il _____ Residente a _____

Via _____ Telefono _____

Attualmente frequenta la scuola _____ Via _____

Comune _____

GIORNI DI RISTORAZIONE

☐ LUN ☐ MART ☐ MERC ☐ GIOV ☐ VEN

DIETA PER PATOLOGIA

☐ Attivazione ☐ Sospensione – di cui si allega certificato medico

☐ Rinnovo (*celiachia o favismo*) per il quale
non allega certificato medico

DIETA ETICO-RELIGIOSA

☐ Attivazione ☐ Sospensione

Specificare quale menù alternativo si richiede:

- ☐ DIETA SENZA CARNE DI MAIALE
- ☐ DIETA SENZA CARNE
- ☐ DIETA SENZA CARNE E PESCE (si latte e uova)
- ☐ DIETA SENZA PROTEINE ANIMALI (o DIETA VEGANA)
- ☐ ALTRO _____

Tutti i certificati medici devono riportare la durata della dieta e scadono dopo 1 anno dalla data del rilascio, tranne nel caso di celiachia e favismo che sono da presentare solo la prima volta di iscrizione in mensa.

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte e firmato, con allegata la certificazione medica dovrà essere consegnato all'Ufficio Scuola del Comune di riferimento.

Data _____

Firma del richiedente _____