

I sottoscritti genitori dell'alunno/a

_____ nato a _____ il ___/___/___
Nome e Cognome (Padre/tutore)

Residente in via _____ n. _____ città/paese _____

_____ nata a _____ il ___/___/___
Nome e Cognome (Madre/tutrice)

Residente in via _____ n. _____ città/paese _____

Frequentante la scuola *Infanzia* *Primaria* classe _____ del plesso di _____

CHIEDE PER L'ANNO SCOLASTICO _____

CHE VENGA SOMMINISTRATA LA SEGUENTE DIETA

1) Dieta per motivi di salute

- Allergia
- Intolleranza
- Dieta ad esclusione per protocollo diagnostico
- Dieta leggera (durata superiore a 3 giorni)
- Celiachia
- Obesità
- Diabete
- Favismo
- Fenilchetonuria
- Altro.....(specificare)

Al riguardo ALLEGO certificazione medica che riporta la durata della dieta.

2) Dieta per motivi etico-religiosi (tale richiesta rimane valida per l'interno ciclo di scolastico)

Con l'esclusione dei seguenti alimenti.

- Carne di maiale e derivati
- Tutti i tipi di carne e derivati
- Pesce
- Uova
- Altro Specificare

Data.....

Firma.....

Recapito per eventuali comunicazioni

Cognome e nome.....

Via.....città.....

Telefono.....cellulare.....