

DATA _____

MODULO DI RICHIESTA DI DIETA PER PATOLOGIA

PER ANNO SCOLASTICO 20__ / __ - PER ESTATE 20__

_____ bambin_____

nat _____ il _____ a _____

residente/domiciliato in via _____ nel Comune
di _____

cellulare madre e/o padre n° _____ e-mail _____

iscritt _____ al nido d'infanzia scuola infanzia scuola primaria scuola secondaria

denominato/a _____

aula / classe _____ nel Comune di _____

o

iscritt _____ per la stagione estiva al Centro Estivo

denominato _____

in Via _____ nel Comune di _____

E' PORTATORE DELLA PATOLOGIA RIPORTATA NELL'ALLEGATO CERTIFICATO MEDICO E DEVE SEGUIRE IL REGIME DIETETICO INDICATO NEL CERTIFICATO STESSO.

Salvo diverse indicazioni espresse nel certificato medico, la dieta per patologia sarà protratta per tutta la durata dell'anno scolastico.

Si allega certificato medico (riportante una data di redazione non superiore a 30 giorni dalla data di inoltro della richiesta)

FIRMA DEL GENITORE RICHIEDENTE

NOTE:

- Da consegnare direttamente all'Ente Gestore del servizio di ristorazione (Comune, Scuola, ecc.).

Allegare fotocopia della carta d'identità di entrambi i genitori

DATA _____