

_____ Del _____

Oggetto: richiesta dieta speciale presso la mensa scolastica a.s. _____

Il/la sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ Via _____

padre/madre del minore

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il ____/____/____

Frequentante la classe /sezione _____ Scuola _____

CHIEDE

Di usufruire di dieta speciale standardizzata, rilasciata dal Servizio Dietetico Aziendale – A.SL. di Piacenza, per la mensa scolastica in relazione a:

PATOLOGIE ALLERGICHE è OBBLIGATORIO consegnare la certificazione medica:

- Certificazione medica consegnata
- Certificazione medica da consegnare

MOTIVI LEGATI ALLA PROFESSIONE RELIGIOSA:

- non somministrare alimenti contenenti carne suina
- non somministrare alimenti contenenti carne rossa
- non somministrare alimenti contenenti carne (nessun tipo)

Castel San Giovanni, lì _____

FIRMA DI UN GENITORE
