

RISTORAZIONE SCOLASTICA
RICHIESTA DIETA PER MOTIVI DI SALUTE
a. s. 2023/2024

Il sottoscritto _____ tel. _____ email _____

Genitore **dell'alunno/a** _____ nato il _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola _____

nel Comune di _____

CHIEDE CHE VENGA ELABORATA/PREDISPOSTA LA DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE SULLA
BASE DEI SEGUENTI ALLEGATI FORNITI CON IL PRESENTE MODULO:

- CERTIFICATO MEDICO REDATTO DA: MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG) / PEDIATRA
DI FAMIGLIA (PdF) / MEDICO SPECIALISTA ISCRITTO ALL'ORDINE PROFESSIONALE DEI
MEDICI/ CENTRO OSPEDALIERO

la mancanza del certificato non consente l'evasione della richiesta

- EVENTUALI TEST ALLERGOLOGICI VALIDATI DALLA COMUNITÀ SCIENTIFICA

Data _____

Firma _____