

RISTORAZIONE SCOLASTICA  
**RICHIESTA DIETA PER MOTIVI DI SALUTE**  
a. s. 2025/2026

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 \_\_\_\_\_