

SCHEDA RICHIESTA DIETA SPECIALE

all'Ente gestore del servizio di refezione scolastica

Comune di MARTIGNACCO a.s. 2016/17

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sez. _____ Scuola _____

CHIEDE

Che venga somministrata la seguente dieta speciale:

- No latte
- No uova
- No latte e uova
- No glutine
- Altro da prescrizione medica (specificare) _____

AL RIGUARDO ALLEGO CERTIFICAZIONE MEDICA CHE RIPORTA LA DURATA DELLA DIETA.

- Dieta leggera per indisposizione temporanea (durata NON superiore a tre giorni)

Data _____

Firma _____

Recapito per eventuali comunicazioni:

Cognome _____ Nome _____

Via _____ Città _____

Telefono _____

I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 (art. 13)