

## SCHEDA RICHIESTA DIETA SPECIALE

all'Ente gestore del servizio di refezione scolastica

Comune di MARTIGNACCO a.s. 2017/18

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)