



All. richiesta dieta per patologia

**All'Ente Gestore
del Servizio di Ristorazione Scolastica
Comune di**

Anno scolastico.....
Il sottoscritto/a
genitore dell'alunno/a.....
frequentante la classe sez.
Scuola

C H I E D E

che venga somministrata la seguente dieta:

Dieta per motivi di salute

☐

☐ **Altro**
(specificare)

Allego certificazione medica che **riporta la durata della dieta**

Data:.....

Firma.....

Recapito per eventuali comunicazioni:

Cognome e Nome

Via

Città

Tel.

Mail:.....

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