

Servizio di refezione scolastica
**RICHIESTA DI DIETA SPECIALE
PER L'ANNO SCOLASTICO 2020/2021**

La richiesta, con allegato il certificato del medico curante riportante l'elenco di alimenti da escludere dalla dieta, deve essere recapitata all'ufficio competente della scuola di appartenenza.

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____
telefono _____ indirizzo mail _____

C.F. _____

Genitore dell'alunno/a _____ Insegnante
nato/a _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____ n. _____

Frequentante la scuola _____ Istituto comprensivo _____
Classe _____ sez. _____

Giorni di presenza in mensa (barrare i giorni di interesse):

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
--------	---------	-----------	---------	---------

CHIEDE

la somministrazione al\alla proprio\ a figlio\ a di (barrare la casella interessata):

- Dieta speciale per motivi di salute** (si allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione)
- Dieta speciale per motivi etico religiosi**

A tal fine si chiede l'esclusione di

- CARNE DI MAIALE
 CARNE DI MUCCA
 CARNE DI MUCCA E MAIALE
 CARNE DI TUTTI I TIPI
 CARNE E PESCE (MENU VEGETARIANO)
 ALTRO TIPO DI MENU (specificare alimenti da escludere _____)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS. 196/2003

Data _____

Firma del genitore _____