

MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE

COMUNE _____

Il/la sottoscritto _____

In qualità di Genitore/Tutore Diretto interessato (personale scolastico)

Per il minore _____ Data di nascita _____

Recapito telefonico _____ E-mail _____

Scuola _____ Classe e sezione _____ Data richiesta dieta* _____

***La richiesta si ritiene valida per l'intero ciclo scolastico**

In caso di modifica o di interruzione anticipata, questa dovrà essere comunicata in forma scritta

Barrare i giorni in cui l'alunno è presente in mensa

LUN	MAR	MER	GIO	VEN
-----	-----	-----	-----	-----

RICHIEDE:

1) DIETA ETICO/RELIGIOSA

NO carne di maiale

NO carne bovina

NO carni

NO carni e pesce

2) DIETA PER PATOLOGIA

si allega certificato Pediatra/Medico Specialista (compilato in modo chiaro e leggibile)

N.B. – Il medico dovrà indicare se la patologia presenta possibili gravi effetti per la salute (Shock anafilattico/Ricovero ospedaliero....); in tal caso sarà attivata specifica procedura.

La dieta entrerà in vigore entro 2 giorni dall'arrivo della mail/fax inviata all'Ufficio Dietetico di riferimento, ad eccezione delle diete che necessitano di chiarimenti o dell'approvvigionamento di prodotti dietoterapici particolari, per le quali l'inizio sarà concordato direttamente con L'ufficio Dietetico.

Data di compilazione _____ Firma del richiedente _____

Firma e timbro del Comune _____