

COMUNE DI CAMPONOGARA

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Servizio Ristorazione Mensa Scolastica



RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

Anno scolastico 2023/2024

Il sottoscritto _____

Codice fiscale _____

Abitante in via _____ Città _____

Tel. Abitazione _____ Tel. /cellulare _____

- Genitore di _____ nato il _____
- Insegnante

- Frequentante l'Asilo Nido Comunale
- Frequentante la scuola dell'Infanzia
- Frequentante la scuola Primaria

Plesso di _____

Classe _____ sez. _____

- Fa presente che il proprio figlio è affetto da:
 - Intolleranza alimentare
 - Allergia alimentare
 - Malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, ect.)

Allegare il certificato medico – la copia in originale va conservata e presentata su richiesta

(Si accolgono certificati dei pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche. In caso di utilizzo di prodotti dietetici speciali, si prega di farlo prescrivere nel medesimo certificato.)

- Fa presente che per motivi religiosi non può assumere _____
- Fa presente che il proprio figlio sospende la dieta speciale precedentemente richiesta e può seguire il menù scolastico a partire da _____

Data _____

Firma _____

* Allegare copia documento di identità