



RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE
ANNO SCOLASTICO: 20__ / ____

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....il.....
codice fiscale.....residente a.....
in via/p.zza.....Tel.....mail/pec.....

in qualità di: genitore/esercente la potestà genitoriale tutore affidatario

dell'alunno/a.....nato/a.....il.....
codice fiscale.....residente a.....
in via/p.zza.....

frequentante la scuola: INFANZIA PRIMARIA

(nome della scuola).....classe.....sezione.....

CHIEDE

la somministrazione di dieta speciale, dichiarando che il proprio figlio/a è affetto/a da (barrare la casella interessata):

- Intolleranza alimentare (specificare):.....
- Allergia alimentare (specificare):.....
- Malattia metabolica (specificare es. celiachia, diabete, favismo..):.....
- Altro (specificare):.....

A tal fine si allega la seguente documentazione:

- 1) Certificato del medico curante in originale il quale attesta:
- Diagnosi**
- 2) Documento d'identità in corso di validità del richiedente**

Fonte Nuova,.....

Firma del richiedente

.....