



MODULO DIETA SANITARIA

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

per il proprio figlio/a _____ nato a _____

il _____

SCUOLA	SEZIONE	CLASSE	GIORNI DI PRESENZA A MENSA
<input type="checkbox"/> Infanzia <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Media			<input type="checkbox"/> Lunedì <input type="checkbox"/> Martedì <input type="checkbox"/> Mercoledì <input type="checkbox"/> Giovedì <input type="checkbox"/> Venerdì

Dell'Istituto Scolastico:

- Aldo Moro - Via Don Orione**
- Delibera - Via della Delibera**
- Elisabetta Fiorini – Via Roma**
- D. Adriano Bragazzi - Via della Delibera**
- Monti - Via dei Volsci**
- G. Paolo II - Via De Angelis - Infanzia**
- G. Paolo II - Via De Angelis - Primaria**
- Francesco Lama**
- G. Manzi**
- A. Fiorini**
- La Fiora**

la somministrazione della dieta speciale certificata dal medico curante o dal pediatra di libera scelta contenente anche l'elenco degli alimenti che devono essere esclusi dalla dieta, e il periodo di durata, che si allega alla presente istanza.

Data _____

Firma del genitore o del Tutore _____

Il sottoscritto consente il trattamento dei dati forniti secondo quanto previsto dall'art. 13 del D.Lgs. 196/2003.

Firma del genitore o del Tutore _____