

**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"/> Media			<input type="checkbox"/> Lunedì <input type="checkbox"/> Martedì <input type="checkbox"/> Mercoledì <input type="checkbox"/> Giovedì <input type="checkbox"/> Venerdì

Dell'Istituto Scolastico I.C. Maria Montessori, plesso:

- Aldo Moro
- Delibera
- Francesco Lama
- A.F. Monti

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 _____