

**MODULO RICHIESTA DIETA per a.s. 20\_\_/20\_\_**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Genitore di \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Attualmente frequenta la scuola \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

**GIORNI DI RISTORAZIONE**

☐ LUN

☐ MART

☐ MERC

☐ GIOV

☐ VEN

**DIETA PER PATOLOGIA**

☐ Attivazione ☐ Sospensione – di cui si allega certificato medico

☐ Rinnovo (*celiachia o favismo*) per il quale  
non allega certificato medico

**DIETA ETICO-RELIGIOSA**

☐ Attivazione ☐ Sospensione

**Specificare quale menù alternativo si richiede:**

- ☐ DIETA SENZA CARNE DI MAIALE
- ☐ DIETA SENZA CARNE
- ☐ DIETA SENZA CARNE E PESCE (si latte e uova)
- ☐ DIETA SENZA PROTEINE ANIMALI (o DIETA VEGANA)
- ☐ ALTRO \_\_\_\_\_

**Tutti i certificati medici devono riportare la durata della dieta e scadono dopo 1 anno dalla data del rilascio, tranne nel caso di celiachia e favismo che sono da presentare solo la prima volta di iscrizione in mensa.**

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte e firmato, con allegata la certificazione medica dovrà essere consegnato all'Ufficio Scuola del Comune di riferimento.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_