



All.2 richiesta dieta speciale tipo sanitario

**All'Ente Gestore
del Servizio di Ristorazione
Scolastica
Comune di**

Anno scolastico

Il sottoscritto/a

genitore dell'alunno/a.....

frequentante la classe sez.

Scuola

C H I E D E

che venga somministrata la seguente dieta:

Dieta per motivi di salute

Altro
(specificare)

Allego certificazione medica che **riporta la durata della dieta**

Data:.....

Firma.....

Recapito per eventuali comunicazioni:

Cognome e Nome

Via

Città

Tel.

Mail:.....