

**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 \_\_\_\_\_