

MOD.3 RICHIESTA DIETA PER PATOLOGIA CRONICA

All'Ente Gestore
del Servizio di Ristorazione Scolastica
Comune di Arese (MI)

Anno Scolastico

Il sottoscritto/a

Codice fiscale

genitore o esercitante potestà genitoriale dell'alunno/a

frequentante la scuola classe sez

CHIEDE

che venga somministrata una dieta speciale *barrare la/e casella/e interessata/e*

Celiachia (vedi certificato allegato)

Favismo (vedi certificato allegato)

Diabete (vedi certificato allegato)

Altro : specificare

FIRMA

Data

Recapiti per eventuali comunicazioni

Cognome Nome

Via.....

Citta'.....

Tel/ cell

email

I dati personali verranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 (art3)