



_____, ____/____/20____

MODULO PER RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA

anno scolastico 20____ / ____

____ bambin____
nat ____ il _____ a _____
residente in via _____ n° _____
nel Comune di _____ tel. n° _____
cellulare n° _____ e-mail _____
è iscritt____ ☐ al nido d'infanzia / alla scuola ☐ d'infanzia ☐ primaria ☐ secondaria 1°
denominato/a _____
aula / classe _____ nel Comune di _____

● ____ BAMBIN__ E' **ALLERGIC__ A QUESTO/I ALIMENTO/I** _____

- ☐ il certificato dello Specialista in Allergologia / Gastroenterologia Pediatrica è già in vostro possesso
☐ allego il certificato dello Specialista in Allergologia / Gastroenterologia Pediatrica

● ____ BAMBIN__ E' **AFFETT__ DA QUESTA PATOLOGIA** _____

- ☐ il certificato dello Specialista di riferimento è già in vostro possesso
☐ allego il certificato dello Specialista di riferimento per la patologia

Il medico di base (Pediatra / Medico Medic. Gener.) è il Dr. _____

NOTE:

- ☐ allego anche fotocopia carta d'identità (necessaria solo per invio tramite fax o e-mail, non per consegna diretta)
☐ allego il certificato del Pediatra in attesa della visita allergologica/gastro-enterologica che si terrà il _____
☐ _____

IL GENITORE
