

(Istruzioni per la riconsegna del modulo:

La richiesta, con allegato il certificato del medico curante ed elenco alimenti da escludere dalla dieta, deve essere recapitata all'ufficio Servizi Sociali e Scolastici del comune Villanova di Camposampiero, Via Caltana n. 156.)

*Al Responsabile dei Servizi Scolastici
del Comune di Villanova di Camposampiero
Via Caltana, 156
35010 Villanova di Camposampiero (PD)*

Oggetto: richiesta di dieta speciale per motivi sanitari per il servizio di refezione scolastica.

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a _____

nato/a _____ residente in via/piazza _____

tel. abitazione n° _____ tel. Ufficio/cellulare

n° _____, che frequenta la classe _____ sezione _____ della scuola

_____ per l'anno scolastico _____;

Il bambino è presente in mensa nei seguenti giorni

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

CHIEDE

la somministrazione al\alla proprio\ a figlio\ a di: *(barrare la casella interessata)*

- Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare;

a tal fine si allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione.

- Dieta speciale per la celiachia;

a tal fine si allega:

- certificazione del medico curante con diagnosi.

- Dieta speciale per altre condizioni permanenti;

a tal fine si allega:

- certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione.