

**MOD.2 RICHIESTA DIETA PER PATOLOGIA**

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*

- Allergia (vedi certificato allegato)
- Intolleranza (vedi certificato allegato)
- Obesità (vedi certificato allegato)
- Dieta leggera durata superiore ai tre giorni (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)*