



## **RICHIESTA DIETA SPECIFICA**

### **I SOTTOSCRITTI**

(cognome e nome di un genitore o di un tutore) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e

(cognome e nome dell'altro genitore o dell'altro tutore)

\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di: (barrare la casella) Genitori  Tutori  (\*) che esercitano la patria potestà

(\*) Nota: nel caso di tutori occorre produrre copia del provvedimento di riconoscimento legale

del/la bambino/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_

frequentante la scuola dell'infanzia

( ) Carcano Grassi via Nazario Sauro n. 1

( ) Paolo Vi via Beccaria n. 7

( ) S. Tarcisio via Tiziano n. 6

### **CHIEDONO**

( ) che al minore non venga somministrata alcun tipo di carne nella dieta alimentare scolastica

( ) che al minore venga somministrata la dieta alimentare specifica di cui all'allegata prescrizione

medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott.

\_\_\_\_\_.

La presente richiesta vale sino a revoca scritta.

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile e per esteso

Il Padre	
La Madre	
Il Tutore (eventuale)	