

MODULO DI RICHIESTA DI DIETA PER PATOLOGIA

☐ PER ANNO SCOLASTICO 20____/____

La/il Sig.ra/Sig. _____

residente/domiciliato in via _____ nel Comune di _____

cellulare _____ e-mail _____

in attività presso il plesso scolastico denominato _____

Via _____ nel Comune di _____

E' PORTATORE DELLA PATOLOGIA RIPORTATA NELL'ALLEGATO CERTIFICATO MEDICO E CHIEDE DI SEGUIRE IL REGIME DIETETICO INDICATO NEL CERTIFICATO STESSO .

Salvo diverse indicazioni espresse nel certificato medico, la dieta per patologia sarà protratta per tutta la durata del ciclo scolastico .

Si allega certificato medico (riportante una data di redazione non superiore a 30 giorni dalla data di inoltro della richiesta)

FIRMA DELL'OPERATORE SCOLASTICO

DATA _____

INVIARE A: nutrizionesian.ra@auslromagna.it ALLEGANDO COPIA DI UN DOCUMENTO DI ENTRAMBI I GENITORI

La risposta alla presente richiesta andrà inviata a amministrativo-scuole@comunecervia.it , montaletto@gemos.it e sara.filippi@gemos.it