Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Insubria

All.2 richiesta dieta speciale tipo sanitario

All'Ente Gestore
del Servizio di Ristorazione Scolastica
Comune di .....

Anno scolastico.....

Il sottoscritto/a .....

genitore dell'alunno/a.....

frequentante la classe ..... sez. .....

Scuola .....

C H I E D E

che venga somministrata la seguente dieta:

Dieta per motivi di salute

☐_____

☐**Altro ....**

(specificare)

Allego certificazione medica che **riporta la durata della dieta**

Data:.....

Firma.....

Recapito per eventuali comunicazioni:

Cognome e Nome .....

Via .....

Città .....

Tel. .....

Mail:.....

I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs. 196/2003 (art.13)