



# Città di Novate Milanese

Provincia di Milano

## RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA

Anno scolastico \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

genitore o esercitante potestà genitoriale dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la Scuola \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

che venga somministrata la **dieta speciale** (barrare la casella interessata):

- Allergia
- Intolleranza
- Dieta ad esclusione per protocollo diagnostico
- Dieta leggera (durata superiore ai tre giorni)
- Celiachia
- Obesità
- Diabete
- Favismo
- Fenilchetonuria
- Altro: (specificare) \_\_\_\_\_

Al riguardo allego certificazione medica del \_\_\_\_\_ (data emissione certificato)

**FIRMA**

Novate Milanese, \_\_\_\_\_

### **RECAPITO PER EVENTUALI COMUNICAZIONI**

Cognome Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

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