CAMST
LA RISTORAZIONE ITALIANA

Aggiornamento 5/09/19

MODULO RICHIESTA DIETA per a.s. 20__/20__

Il sottoscritto_____ **Genitore di** _____

Nato il_____ **Residente a**_____

Via_____**Telefono**_____

Scuola _____**Via**_____

Comune_____

GIORNI DI RISTORAZIONE

☐ **LUN** ☐**MART** ☐ **MERC** ☐ **GIOV** ☐ **VEN**

DIETA PER PATOLOGIA

☐ **Attivazione** ☐ **Sospensione – di cui si allega certificato medico**

☐ **Rinnovo (*celiachia o favismo*) per il quale non allega certificato medico**

DIETA ETICO-RELIGIOSA

☐ **Attivazione** ☐ **Sospensione**

Specificare quale menù alternativo si richiede:

- ☐ **DIETA SENZA CARNE DI MAIALE**
- ☐ **DIETA SENZA CARNE**
- ☐ **DIETA SENZA CARNE E PESCE (si latte e uova)**
- ☐ **DIETA SENZA PROTEINE ANIMALI (o DIETA VEGANA)**
- ☐ **ALTRO**_____

Tutti i certificati medici devono riportare la durata della dieta e scadono dopo 1 anno dalla data del rilascio, tranne nel caso di <u>celiachia e favismo</u> che sono da presentare solo la prima volta di iscrizione in mensa.
Il presente modulo, compilato in ogni sua parte e firmato, con allegata la certificazione medica dovrà essere consegnato all'Ufficio Scuola del Comune di riferimento.

Data_____ Firma del richiedente_____