

In allegato alla dichiarazione di
Codice fiscale



Richiesta della dieta speciale o religiosa

Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale			
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza			
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

genitore del minore

Cognome		Nome			Codice Fiscale			
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza			
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP

COMUNICA

che è stata richiesta la somministrazione di dieta speciale in quanto il proprio figlio/a è affetto da

Patologia della quale è affetto il minore

intolleranza alimentare

allergia alimentare

malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)

obesità - sovrappeso

gastrite, gastroduodenite persistente

chetosi transitoria

altro (specificare)

pertanto allega copia della certificazione medica per dieta speciale

che è stata richiesta la somministrazione di dieta religiosa in quanto il proprio figlio/a, per motivi etici o religiosi, non può assumere

Alimenti che il minore non può assumere

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

copia della certificazione medica per dieta speciale
(da allegare se è richiesta la somministrazione di dieta speciale)

Malagnino

Luogo

Data

Il dichiarante