

DA COMPILARE SOLO SE NECESSARIO

Modulo B

Al Signor Sindaco
del Comune di Ragusa

OGGETTO:

Richiesta di elaborazione Menù per dieta speciale a.s. 2015-2016

ALUNNO/A

Cognome_____Nome_____ nato
a_____ il_____ iscritto alla classe_____
dell'istituto_____

I sottoscritt_____, nato a_____
prov (___) il _____ C.F. _____ e residente a Ragusa
in via_____ tel. _____
cell _____
e-mail _____

Comunica che il proprio figlio/a non può consumare gli alimenti
o gruppi di alimenti come da **certificato medico allegato**.

AL FINE DI EVITARE ERRORI DI INTERPRETAZIONE IL CERTIFICATO
MEDICO E' COMPILATO IN MANIERA CHIARA E LEGGIBILE E INDICA
CHIARAMENTE GLI ALIMENTI IL CUI CONSUMO E' INIBITO.

Il sottoscritto chiede pertanto che tali alimenti vengano
eliminati dal menù e sostituiti con altri di contenuto nutrizionale
equivalente.

FIRMA
