

## MODULO RICHIESTA DIETE SPECIALI ANNO SCOLASTICO 2026-2027

All'Ufficio Pubblica Istruzione  
del Comune di  
CASOLA IN LUNIGIANA

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

genitore di \_\_\_\_\_

frequentante la scuola:

- INFANZIA
- PRIMARIA classe \_\_\_\_\_
- SECONDARIA DI 1° GRADO classe \_\_\_\_\_

del Comune di Casola in Lunigiana;

DICHIARA che il/la proprio/a figlio/a

- è celiaco/a
- è allergico/a ai seguenti alimenti \_\_\_\_\_
- per motivi etico-religiosi non può mangiare \_\_\_\_\_

Si allega:

- certificato medico
- fotocopia documento identità

Casola in Lunigiana, li \_\_/\_\_/\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_