CITTÀ di MELZO
Città metropolitana di Milano

SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA
Richiesta di DIETA SPECIALE

Il/La sottoscritto/a _____

Residente a _____ in via _____

Tel/cel _____ email _____

in qualità di genitore dell'alunno/a _____

(codice mensa _____) frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola

Infanzia/Primaria/Secondaria _____

chiede

la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di (barrare la casella interessata):

□ **Dieta per motivazioni Etico-Religiose**, precisando quali alimenti non dovranno essere somministrati:

o Carne di maiale e derivati
o Tutti i tipi di carne
o Uova
o Pesce
o Altro, specificare _____

□ **Dieta per patologia** (allegare apposita certificazione medica):

o Allergia
o Intolleranza
o Celiachia
o Diabete
o Favismo
o Fenilchetonuria
o Altro, specificare _____

Data _____ Firma _____