

\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

**MODULO PER RICHIESTA DI  
DIETA SPECIALE PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA - ADULTI**

Da inviare compilato a [nutrizionesian.rn@auslromagna.it](mailto:nutrizionesian.rn@auslromagna.it)

anno scolastico 20\_\_\_ / \_\_\_

Io sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente/domiciliat \_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
nel Comune di \_\_\_\_\_ tel. n° \_\_\_\_\_  
cellulare n° \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
operante in qualità di  educatore  insegnante  collaboratore scolastico  
presso  nido d'infanzia  scuola dell'infanzia  scuola primaria  scuola secondaria di 1° grado  
denominato/a \_\_\_\_\_  
aula / classe \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_

Richiedo la DIETA SPECIALE in quanto:

SONO ALLERGIC\_\_ A \_\_\_\_\_  
 il certificato del Medico Specialista in Allergologia / Gastroenterologia è già in vostro possesso  
 allego il certificato del Medico Specialista in Allergologia / Gastroenterologia

SONO AFFETT\_\_ DA \_\_\_\_\_  
 il certificato del Medico Specialista è già in vostro possesso  
 allego il certificato del Medico Specialista di riferimento per la patologia

Il mio medico di base è il Dr. \_\_\_\_\_

**NOTE:**

allego il certificato del Medico di base in attesa della visita allergologica/gastroenterologica che si terrà il \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_