

COGNOME E NOME: \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

DATA DELLA RICHIESTA: \_\_\_\_\_ DATA SCADENZA DIETA: \_\_\_\_\_

SCUOLA: \_\_\_\_\_ CLASSE/SEZIONE : \_\_\_\_\_

BARRARE I GIORNI NEI QUALI IL BAMBINO E' PRESENTE A MENSA:

LUN	MAR	MER	GIO	VEN
-----	-----	-----	-----	-----

1) DIETE ETICO-RELIGIOSE (A CURA DEL GENITORE: contrassegnare un'unica opzione):

 NO CARNE DI MAIALE     NO CARNE DI MANZO     NO CARNE     NO CARNE E PESCE

FIRMA DEL GENITORE \_\_\_\_\_

2) DIETA PER PATOLOGIA (A CURA DEL PEDIATRA/ MEDICO DI BASE):

Elencare gli alimenti da escludere:	Specificare se escludere l'alimento (barrare una sola opzione):	
	SOLO SE PRESENTE COME TALE (grandi quantità)	SE PRESENTE COME TALE O COME INGREDIENTE DELLE PREPARAZIONI (anche piccole quantità/tracce)

Il Modulo di richiesta deve essere inviato alla Cucina di riferimento.

La dieta entrerà in vigore entro 2 giorni dalla data di arrivo del fax inviato dal Comune/Cliente ad eccezione di diete che necessitano chiarimenti e/o l'approvvigionamento di prodotti dietoterapici particolari, per le quali la data di inizio sarà concordata tra il Servizio Dietetico della Cucina e il Comune.

I dati forniti saranno trattati secondo i fini e le modalità indicate nell'informativa e richiesta di consenso al genitore che si allega alla presente (vedi retro o allegato) e che si prega di restituire debitamente firmata dal genitore stesso.

TIMBRO E FIRMA DEL COMUNE/CLIENTE: \_\_\_\_\_