

MODULO 09/0 C SIAN (DIETA SPECIALE)

ASL della Provincia di Bergamo
Settore di Prevenzione
Ufficio di Sanità Pubblica
Via Borgo Palazzo 130
24125 Bergamo

**RISTORAZIONE SCOLASTICA
RICHIESTA DI DIETA PERSONALIZZATA**

Da compilare da parte del genitore

Cognome e nome del/la bambino/a _____

Data di nascita _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Scuola frequentata _____

EVENTUALI ULTERIORI COMUNICAZIONI

**E' ASSOLUTAMENTE INDISPENSABILE
ALLEGARE CERTIFICATO MEDICO**

Firma del richiedente

Data

Da consegnare alla scuola

Si comunica che in data è stata richiesta all'ASL dieta speciale per il/la
bambino/a.....

Firma del genitore Data

N.B.: La scuola non effettuerà modifiche al menù scolastico fino al ricevimento della tabella personalizzata