

**ASL della Provincia di Bergamo
Settore di Prevenzione
Ufficio di Sanità Pubblica**

Via

.....

**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

Si ricorda che per poter procedere alla predisposizione di una dieta personalizzata, è necessario acquisire gli esiti (che dovranno essere allegati) degli accertamenti che hanno condotto alla diagnosi di allergia e/o altro disturbo dell'alimentazione

**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