



COMUNE di AVELLINO

SERVIZIO
MENSA SCOLASTICA
A.S. 2009/10

AL SIG. SINDACO
COMUNE di AVELLINO

Oggetto: **Dieta speciale**

Il/la sottoscritto/a _____
in qualità di _____

genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola _____

insegnante in servizio presso la Scuola _____

personale ATA di servizio alla mensa presso la Scuola _____

CHIEDE

la somministrazione di (*barrare la casella interessata*)

Dieta speciale per allergia, intolleranza alimentare, favismo

- a tal fine si allega: - certificazione medica o di centro specialistico
- elenco degli alimenti che devono essere esclusi

Dieta speciale per diabete

- a tal fine si allega: - certificazione medica o di centro specialistico
- prescrizione dietetica specifica

Dieta speciale per la celiachia

- a tal fine si allega: - certificazione medica o di centro specialistico
- indicazione degli alimenti privi di glutine

Dieta speciale per malattia metabolica che necessita l'esclusione di particolari alimenti (fenilchetonuria, glicogenosi etc.)

- a tal fine si allega: - certificazione medica o di centro specialistico
- dieta personalizzata.

Dieta speciale per dislipidemic, fibrosi cistica del pancreas

- a tal fine si allega: - certificazione medica o di centro specialistico
- dieta personalizzata

Data.....

Firma.....