

**RICHIESTA DI DIETA PERSONALIZZATA**  
**Da compilare da parte del genitore**

Cognome e nome del/la bambino/a.....

Data di nascita.....

Via..... Città..... Cap.....

Telefono..... Cellulare.....

Scuola / Asilo Nido frequentata/o.....

Via..... Città..... Cap.....

**Per l'anno scolastico**.....

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

EVENTUALI ULTERIORI COMUNICAZIONI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**E' ASSOLUTAMENTE INDISPENSABILE**  
**ALLEGARE CERTIFICATO MEDICO**

**Firma del richiedente**

**Data**

✕

Da consegnare: **COMUNE DI ALBINO**

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/Asilo Nido non effettuerà modifiche al menù scolastico fino al ricevimento della tabella personalizzata**

Modello 09/0 CSian