Allegato I



COMUNE DI TRICASE

 PROVINCIA DI LECCE

 Piazza G. Pisanelli - 73039 - Tel. 0833777309-307

 **Sito web**: [www.comune.tricase.le.it](http://www.comune.tricase.le.it)

**Oggetto : SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA - RICHIESTA DI DIETA SPECIALE**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_In qualità di (genitore, tutore) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del minore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della scuola

(denominazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

La **DIETA SPECIALE** **PER:**

* **MOTIVI SANITARI** – **allega a tal fine** **CERTIFICATO MEDICO** rilasciato dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN attestante l’allergia/intolleranza (precisando se da considerare a rischio vita o non a rischio vita ), la tipologia di dieta richiesta e gli alimenti ammessi o da escludere e la durata del certificato. Certificati rilasciati da specialisti diversi da quelli indicati non saranno accettati.
* **MOTIVI ETICO-CULTURALI-RELIGIOSI- allega a tal fine**  **AUTOCERTIFICAZIONE** redatta dal genitore o tutore del minore con indicata la durata della stessa ;

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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