

Autocertificazione richiesta dieta speciale

Oggetto: richiesta di dieta speciale valida per:

- l'intero ciclo educativo/scolastico _____ (minori)
- l'intero anno educativo/scolastico _____ (adulti)

Alla Direzione della scuola

Il/la sottoscritto/a _____ padre/madre
dell'alunno/a _____ frequentante
la scuola _____, classe/sezione _____

o v v e r o

Il/la sottoscritto/a _____ frequentante
la _____ struttura _____ educativo/scolastica _____,
classe/sezione _____

r i c h i e d e

l'erogazione della seguente dieta speciale, prevista dal Capitolato Speciale d'Appalto – Lotto 2, per la quale non è prevista la consegna di certificato medico:

- ☐ 1) dieta “no latte”
- ☐ 2) dieta “no uova”
- ☐ 3) dieta “no latte no uova”
- ☐ 4) dieta “no glutine”
- ☐ 5) dieta “vegetariana”

Allega il modulo per il consenso al trattamento dei dati personali.

Trieste _____

(firma)