

**Modulo D/2**

Alla c.a. del Dirigente Scolastico

Scuola.....

Via.....

CAP..... Milano

Il sottoscritto ..... genitore/avente diritto

**Da compilare a cura del genitore/avente diritto**

Nome\* ..... Dati utente ..... Cognome\* .....

Data di nascita ..... Cod. Fiscale\* .....

Scuola\*  Nido Infanzia  Scuola Infanzia  Primaria  Secondaria  Altro

Classe\*..... Sezione\* .....

Tipo Utenza\*:  Bambino  Adulto ..... Codice Rette .....

**Chiede.**

Che il/la bambino/a possa interrompere la somministrazione della dieta speciale precedentemente richiesta dal Medico Curante/Pediatra di Libera Scelta/Medico di famiglia

Recapito telefonico genitore/tutore (casa/lavoro/mobile)

.....

**Da compilare a cura del Medico Curante/Pediatra di libera scelta/Medico di famiglia**

Termine della somministrazione della terapia dietetica.

A partire dalla data .....

All'utente potrà essere somministrato il menu scolastico senza nessuna limitazione dietetica.

Timbro\*

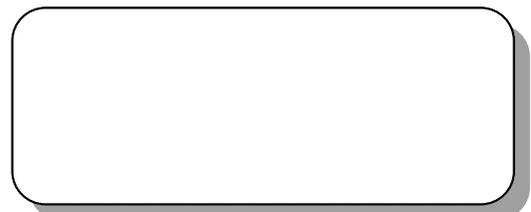
Dr.\*.....  
Nome Cognome Medico Curante/Pediatra di libera Scelta/Medico di famiglia

Via\*.....  
Indirizzo studio

Città\*.....

Recapito telefonico genitore/avente diritto (casa/lavoro/mobile) \*

.....



Firma del medico\*

.....