

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* Cognome*

Dati utente

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*

.....