

**Modello I**  
**Richiesta dieta speciale per motivi di salute – patologia cronica o transitoria**

(da compilarsi a cura del medico curante)

Annò scolastico 20...../20.....

COGNOME E NOME.....	
DATA DI NASCITA.....	
RESIDENTE A .....	
VIA .....	
TEL. ....	CELL. ....
MEDICO CURANTE .....	
SCUOLA FREQUENTATA (nome e luogo)	
.....	
CLASSE.....	SEZ.....
GIORNI FREQUENZA	<input type="checkbox"/> tempo pieno
	<input type="checkbox"/> modulo specificare i giorni (.....)

PATOLOGIA

.....  
.....  
.....  
.....

TIPO DI DIETA DA SEGUIRE E/O ALIMENTI DA ELIMINARE

.....  
.....  
.....  
.....

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA  DAL.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

\_\_\_\_\_

*Amor*