

IL SOTTOSCRITTO:

 COGNOME E NOME DEL GENITORE

 CODICE FISCALE DEL GENITORE (obbligatorio allegare fotocopia)

 VIA

 LOCALITÀ C.A.P.

 TEL. FISSO TEL. CELL. E- MAIL

CHIEDE LA DIETA SPECIALE PER IL MINORE

 COGNOME E NOME DELL'ALUNNO

 SCUOLA CLASSE (anno scolastico 2011/2012) SEZ. numero rientri settimanali

 DATA DI NASCITA

DICHIARA

Che il minore, l'anno scolastico precedente era già seguito dal Servizio Dietetico SÌ NO

Se "SÌ" indicare la scuola di provenienza -----

Successivamente, **entro il 30 aprile 2011**, dovrà essere trasmesso il certificato medico relativo alla dieta. Per i minori già seguiti dal Servizio di Consulenza Dietetica è sufficiente copia del certificato stesso. La trasmissione dovrà avvenire, in ogni caso, mediante raccomandata con ricevuta di ritorno presso il Settore Provveditorato, Servizio Ristorazione scolastica e sociale, via Marchetti, 3 - 25126 - Brescia, oppure personalmente previo appuntamento, chiamando il n. 030-2977412. La dieta speciale sarà erogata solo se saranno osservate le disposizioni di cui sopra.

Dichiara di aver preso visione e di accettare le disposizioni contenute nelle condizioni di offerta dei servizi erogati, nonché dell'informativa sulla privacy.

FIRMA DEL GENITORE -----

DATA DI ISCRIZIONE ----- TIMBRO E FIRMA DELLA SCUOLA