

2012/2013

## 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 2012/2013)-----  
SEZ.-----  
numero rientri settimanali-----  
DATA DI NASCITA

## DICHIARA

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

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

Successivamente, **entro il 30 aprile 2012**, 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