

ALLEGATO C



Spett.le ATS
di Bergamo
Settore di Prevenzione
Ufficio di Sanità Pubblica

RISTORAZIONE SCOLASTICA
RICHIESTA DI DIETA PERSONALIZZATA
PER PATOLOGIE ALIMENTARI
da compilare da parte del genitore

Cognome e nome dell'alunno/a _____

Data di nascita _____

Indirizzo _____

Comune _____ CAP _____

Telefono _____ Cellulare _____

Email _____

Frequentante nell'a.s. 2019/2020 la classe _____ della Scuola Primaria di Ambivere

Via Dante 12, 24030 Ambivere (BG) – tel 035/908627

EVENTUALI ULTERIORI COMUNICAZIONI

Si ricorda che per poter procedere alla predisposizione di una dieta personalizzata, è necessario acquisire gli esiti (che dovranno essere allegati) degli accertamenti che hanno condotto alla diagnosi di allergia e/o altro disturbo dell'alimentazione

E' ASSOLUTAMENTE INDISPENSABILE
ALLEGARE CERTIFICATO MEDICO
e compilare il modulo in tutte le sue parti e in modo LEGGIBILE

Firma del richiedente _____

Data _____