***Al Responsabile del Servizio di Ristorazione Scolastica del Comune di Treviglio***

***RICHIESTA / MODIFICA / DISDETTA DI DIETA SPECIALE***

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di:

▢ Diretto interessato (personale scolastico)

▢ Genitore

▢Tutore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a il \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frequentante la scuola

▢ Infanzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ▢Primaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

▢ Secondaria di primo grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sezione\_\_\_\_\_\_\_\_

Giorni di frequenza in mensa:

▢ Tutti *oppure* specificare i giorni di frequenza:

▢ lunedì ▢ martedì ▢ mercoledì ▢ giovedì ▢ venerdì

**CHIEDE** per motivi di allergie/intolleranze (allegare certificato medico):

▢ Di attivare la dieta riportata nel certificato medico in allegato;

▢ di modificare la dieta precedentemente richiesta, come da certificato medico in allegato;

▢ di disattivare la dieta speciale per i motivi riportati nel certificato medico allegato.

 Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ \_ \_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**✓Una volta compilato inviare il modulo all’indirizzo e-mail** **giulia.coletta@sodexo.com** **o allegarlo alla domanda d’iscrizione della mensa.**