

Azienda ASP AMBITO 9  
Via Gramsci, 95  
60035 Jesi

Referente mensa scolastica  
m.mancinelli@aspambitonove.it

**Oggetto: Richiesta dieta speciale.**

I sottoscritti Sig. .... e  
Sig.ra.....  
genitori dell'alunno/a .....  
classe..... sez.....che usufruisce della mensa scolastica presso la scuola

- INFANZIA
- PRIMARIA
- SECONDARIA

di.....

**COMUNICANO (barrare e compilare la tipologia di dieta prescelta)**

☐ che per scelta alimentare il/la proprio/a figlio/a non dovrà mangiare i seguenti cibi:

---

---

☐ che per motivi religiosi il/la proprio/a figlio/a non dovrà mangiare i seguenti cibi:

---

---

☐ che il proprio figlio presenta la/le seguente/i patologia, allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i, di cui si **fornisce la relativa certificazione medica che si allega alla presente**:

---

---

Cingoli, .....

Firma.....

Firma.....