# Azienda ASP Ambito 9

# Via Gramsci, 95

# 60035 Jesi

# Referente refezione scolastica

# m.carnali@comune.jesi.an.it

# FAX 0731.236954

## **Oggetto: Richiesta dieta speciale per patologie o intolleranze/allergie alimentari**

# I sottoscritti Sig. ........................................................................................................ e

# Sig.ra..............................................................................................................................

# genitori dell'alunno/a ...................................................................................................

# classe............... sez............che usufruisce della mensa scolastica presso la scuola (barrare la casella corrispondente)

# INFANZIA

# PRIMARIA

# SECONDARIA

# di…………………………………………………….

# COMUNICANO

#

# che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i:

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Si allega alla presente la certificazione medica.

# Cingoli, ………..........

# Firma…...….……………………

# Firma…………………………….