# Azienda ASP AMBITO 9

# Via Gramsci, 95

# 60035 Jesi

# Referente mensa scolastica

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

# FAX 0731.236954

## **Oggetto: Richiesta dieta speciale per scelta alimentare.**

# 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 per scelta alimentare i l/la propri o/a figlio/a non dovrà mangiare i seguenti cibi:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Cingoli, ………..........

# Firma…...….……………………

# Firma…………………………….