

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 il/la proprio/a figlio/a non dovrà mangiare i seguenti cibi:

---

---

---

---

Cingoli, .....

Firma.....

Firma.....