

**Al Sindaco**

**Comune di**

**RICHIESTA DIETA SPECIALE PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA**

Il/La sottoscritto/a			
Codice fiscale			
Cittadinanza			
Nato/a a	Prov.	il	
Residente in	Prov.	CAP	
Via/Fraz/Loc.	n°		
e-mail	Telefono		
In qualità di	Del minore		
Nome e cognome			
Codice fiscale			
Cittadinanza			
Nato/a a	Prov.	il	
Residente in	Prov.	CAP	
Via/Fraz/Loc.	n°		
Iscritto/a per l'anno	Alla classe	Sezione	presso la scuola
<input type="checkbox"/>	Dell'infanzia		
<input type="checkbox"/>	Primaria		
<input type="checkbox"/>	Secondaria di I grado		

**CHIEDE**

- che al/la proprio/a figlio/a sia somministrata una dieta individuale, come da certificato medico allegato;
- che al/la proprio/a figlio/a, per motivi religiosi, sia somministrata una dieta priva di

Consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi del [DPR 445/2000](#), e informato/a che i dati forniti potranno essere utilizzati ai sensi del [DLgs 196/2003](#)

**DICHIARA**

che tutta la documentazione prodotta in allegato alla presente istanza è conforme all'originale.

\_\_\_\_\_

Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_