

## SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA – AUTOCERTIFICAZIONE DIETA

### IL SOTTOSCRITTO

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

contatto telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

### GENITORE / TUTORE DEL MINORE

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

iscritto all'istituto \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

### CHIEDE LA SOMMINISTRAZIONE DI PASTI

- privi di carne di suino
  - privi di carne (si pesce)
  - altro (allegare certificato medico)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**(allegare copia documento d'identità)**