



## All. richiesta dieta per patologia

**All'Ente Gestore del Servizio di  
Ristorazione Scolastica  
Comune di Comabbio**

Anno scolastico 2024/2025

Il sottoscritto/a .....  
genitore dell'alunno/a.....  
frequentante la classe ..... sez. ....  
Scuola .....

C H I E D E

che venga somministrata la seguente dieta:

### Dieta per motivi di salute

- \_\_\_\_\_
- Altro** .....  
(specificare)

Allego certificazione medica che **riporta la durata della dieta**

Data: .....

Firma.....

### Recapito per eventuali comunicazioni:

Cognome e Nome .....  
Via .....  
Città .....  
Tel. ....  
Mail: .....

I dati personali saranno trattati in conformità al d.lgs. 196/2003 (art.13).