



COMUNE DI DOMUSNOVAS

Provincia del Sud Sardegna

c.a.p. 09015

Piazza Caduti di Nassirya n°1

c.f.00483310926

MODULO RICHIESTA DIETA PER A.S. 2024/2025

Il sottoscritto _____ Genitore di _____ Nato
il _____ Residente a _____
Via _____ Telefono _____
Attualmente frequenta la scuola _____ Via _____
Comune _____

DIETA PER PATOLOGIA

- Attivazione
- Sospensione – di cui si allega certificato medico
- Rinnovo (celiachia o favismo) per il quale non allega certificato medico

DIETA ETICO-RELIGIOSA

- Attivazione
- Sospensione

Specificare quale menù alternativo si richiede:

- DIETA SENZA CARNE DI MAIALE
- DIETA SENZA CARNE DIETÀ SENZA CARNE E PESCE (si latte e uova)
- DIETA SENZA PROTEINE ANIMALI (o DIETA VEGANA)
- ALTRO _____

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte e firmato, con allegata la certificazione medica, dovrà essere consegnato in busta chiusa all'Ufficio P.I. del Comune di Domusnovas.

Data _____ Firma del richiedente _____