



**Mod. N ° 1 - RICHIESTA DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA**  
**Al Comune di BINASCO – Ufficio Scuola**  
**Alla Ditta Gestore del Servizio di Ristorazione Scolastica**  
**All'Istituto Comprensivo di Binasco – Piazza XXV Aprile n. 30/A - Binasco**

Anno scolastico.....

Il sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... il .....









































CODICE FISCALE .....

genitore o esercitante potestà genitoriale dell'alunno/a.....

frequentante la Scuola ..... classe ..... sez. ....

**CHIEDE**

che venga somministrata **la dieta speciale** (barrare la casella interessata):

- **Allergia**
- **Intolleranza**
- **Dieta ad esclusione per protocollo diagnostico**
- **Dieta leggera o in bianco (durata superiore ai tre giorni)**
- **Celiachia**
- **Obesità**
- **Diabete**
- **Favismo**
- **Fenilchetonuria**
- **Altro                                           **