

ROMA CAPITALE

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL
SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA**

PERIODO 1.1.2013/30.06.2017

**MODELLO I — RICHIESTA DIETA SPECIALE PER
MOTIVI DI SALUTE — PATOLOGIA CRONICA O
TRANSITORIA**

Modello I

Richiesta dieta speciale per motivi di salute — patologia cronica o transitoria

[da compilarsi a cura del medico curante]

Anno scolastico 20.. ... /20.....

COGNOME E NOME.....

DATA DI NASCITA.....

RESIDENTE A

VIA

TEL. CELL.

MEDICO CURANTE

SCUOLA FREQUENTATA (nome e luogo)

.....

CLASSE..... SEZ.

GIORNIFREQUENZA tempo pieno

modulo specificare i giorni (.....)

PATOLOGIA

.....
.....
.....

TIPO DI DIETA DA SEGUIRE E/O ALIMENTI DA ELIMINARE

.....
.....
.....

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA DAL.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE
