



AL COMUNE DI CERNUSCO s/N
UFFICIO SERVIZI EDUCATIVI

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di: utente / genitore del minore _____

iscritto al servizio di ristorazione presso la scuola _____

ai fini della somministrazione della dieta speciale per l'anno scolastico 2020/21

DICHIARA CHE

- l'utente di cui sopra è affetto dalla seguente patologia cronica (specificare se diabete, celiachia, fenilchetonuria, favismo, glicogenosi, allergia)

dichiara:

- la situazione relativa alla dietoterapia non ha subito variazioni

CHIEDE

pertanto di riferirsi alla certificazione medica già presentata e depositata agli atti d'ufficio.

Cernusco s/N, data _____

IN FEDE
