

RICHIESTA DIETA SPECIALE MOTIVI SANITARI

CENTRO ESTIVO 2026

Il/la sottoscritto/a nato/a a

il giorno codice fiscale

residente a in via/piazza n.

telefono e-mail

Il/la sottoscritto/a nato/a a

il giorno codice fiscale

residente a in via/piazza n.

telefono e-mail

Genitore/i o tutore/i del minore nato/a a

il giorno codice fiscale

CHIEDONO/CHIEDE

che venga somministrata la dieta speciale per motivi sanitari (indicare problematica):

.....

Al riguardo allega certificazione medica.

Data

Firma genitore/tutore

Firma genitore/tutore

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori e si impegna pertanto ad informare l'altro genitore del contenuto della presente comunicazione.

Data

Firma