



CITTA' DI OLGiate COMASCO

Provincia di Como

Area Affari Generali – Ufficio Pubblica Istruzione

COMUNE DI OLGiate COMASCO

SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA SCUOLA INFANZIA

Anno scolastico _____

Modulo richiesta dieta leggera

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di:

☐ Genitore ☐ Esercente la potestà genitoriale

dell'alunno/a:

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Plesso:

☐ Infanzia repubblica ☐ Infanzia Roncoroni

Sezione / Classe: _____

RICHIEDE

la somministrazione di una **dieta leggera temporanea**.

La richiesta di dieta leggera ha partenza dal giorno: ____ / ____ / ____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la dieta leggera temporanea:

- è protratta per 3 giorni.

- consiste in pasta o riso in bianco, pesce o pollo e verdura cotta.

- costituisce una misura alimentare temporanea e non sostituisce una dieta sanitaria personalizzata prescritta dal medico.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente alla scuola l'eventuale necessità di prorogare. In caso di proroga di dieta leggera oltre i 3 giorni, occorre presentare certificato medico inviando alla mail: pubblicaistruzione@comune.olgiate-comasco.co.it. Tale certificato deve essere inviato entro il giorno lavorativo precedente e deve avere indicato una data di conclusione della dieta leggera.

Luogo e data: _____

Firma del genitore 1 _____

Firma del genitore 2 _____

Qualora l'informativa in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli articoli 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.