

**MODULO 09/0 C SIAN (DIETA SPECIALE)**

ASL della Provincia di Bergamo  
Settore di Prevenzione  
Ufficio di Sanità Pubblica  
Via Borgo Palazzo 130  
24125 Bergamo

**RISTORAZIONE SCOLASTICA  
RICHIESTA DI DIETA PERSONALIZZATA**

**Da compilare da parte del genitore**

Cognome e nome del/la bambino/a \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Scuola frequentata \_\_\_\_\_

EVENTUALI ULTERIORI COMUNICAZIONI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**E' ASSOLUTAMENTE INDISPENSABILE  
ALLEGARE CERTIFICATO MEDICO**

Firma del richiedente

Data

\_\_\_\_\_

Da consegnare alla scuola

Si comunica che in data ..... è stata richiesta all'ASL dieta speciale per il/la  
bambino/a.....

Firma del genitore ..... Data .....

N.B.: La scuola non effettuerà modifiche al menù scolastico fino al ricevimento della tabella personalizzata