

## RICHIESTA DI ANNULLAMENTO DIETA

AS 2018-2019

AL DIRETTORE DEL CENTRO PRODUZIONE PASTI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

genitore del/la alunno/a \_\_\_\_\_

Scuola dell'infanzia \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Scuola primaria \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Scuola sec. primo grado \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

### RICHIEDE

prima della scadenza prevista sul certificato/richesta l'annullamento della DIETA TIPO:

A (iperglicidica ipolipidica)\*

B (a basso apporto di fibre, uovo e lattosio) \*

C (moderato apporto calorico) \*

D (senza glutine) \*

E (esclusione di alimenti)\*

F (no uovo)\*

G (no latte)\*

H (no uovo e no latte)\*

No carne si pesce ( without meat, with fish) - (sans viande, avec poisson)

No carne no pesce (without meat, without fish) - (sans viande, sans poisson)

No carne di bovino (without beef meat) - (sans boeuf)

No carne di maiale (without pork meat) - (sans porc)

Non somministrazione tutti i tipi di latte e derivati, uova e derivati, prodotti ittici (pesce, crostacei e molluschi), carne (e affettati), miele

- (without milk and dairy, egg and egg derivatives, fish, shellfish and clams, meat included cold cuts,honey)

- (sans lait et dérivés, œufs et dérivés, poisson, crustacés, mollusques, viande et charcuterie, miel)

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

\*N.B. L'annullamento delle diete tipo A- B- C -D -E- F- G- H deve essere confermato dal timbro del medico

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO DEL MEDICO:

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_