

## SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA – AUTOCERTIFICAZIONE DIETA

### IL SOTTOSCRITTO

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

contatto telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

### GENITORE / TUTORE DEL MINORE

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

iscritto all'istituto \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

### CHIEDE PER MOTIVI ETICO-RELIGIOSI LA SOMMINISTRAZIONE DI PASTI

- privi di carne di suino  
 privi di carne (si pesce)  
 altro
- 

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**(allegare copia documento d'identità)**