

## Modulo Richiesta di Pasto alternativo per motivazione Sanitarie, Etiche o Religiose

Anno scolastico 2024/2025

Comune di \_\_\_\_\_  
Il sottoscritto /a (Nome Cognome) \_\_\_\_\_  
Genitore/tutore di (Nome Cognome alunno) \_\_\_\_\_  
Il sottoscritto/a operatore scolastico /Docente \_\_\_\_\_  
Telefono /cellulare (solo in caso di necessità di chiarimenti) \_\_\_\_\_  
Indirizzo di posta elettronica (facoltativo) \_\_\_\_\_  
Scuola di riferimento: Nome scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

Nido                       Infanzia                       Primaria                       secondaria I° grado

Contrassegnare i giorni di rientro:

Lunedì                       martedì                       mercoledì                       giovedì                       venerdì

Il sottoscritto come sopra identificato:

1. Richiede per il proprio figlio fruitore del servizio di refezione scolastica, pasto alternativo per la seguente motivazione:

● Motivazione religiosa

no tutti i tipi di carne

no suino

no bovino

altro (specificare) \_\_\_\_\_



● Motivazione etica

Dieta ovo-latto vegetariana (no carne, no pesce, si uova, latte e derivati)

Dieta vegana (no carne, no pesce, no uova, no latte e derivati)



● Motivazione sanitaria (specificare patologia e/o intolleranza)



2. In caso di necessità di dieta speciale per intolleranza o allergia è necessario allegare specifica documentazione (certificato medico) riportante la patologia/intolleranza con gli alimenti da escludere dalla dieta.



3. La richiesta è ritenuta valida per l'intero anno scolastico.

4. Il sottoscritto è consapevole che la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione ASL/ ASP.

Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri.



Luogo e data

Firma leggibile

