**I.C. OCTAVIA**

**RICHIESTA DIETA SPECIALE LEGGERA**

La/Il sottoscritta/o ………………………………………………………..

Genitore dell’alunna/o ……………………………………………………

* Scuola Infanzia
* Scuola Primaria

Sezione / Classe ………………… Plesso ……………………….

Richiede la dieta leggera per la/il propria/o figlia/o

dal giorno ………… al giorno …………. (fino ad un massimo di 3 giorni )

Nel caso in cui la richiesta di dieta speciale leggera fosse reiterata per un numero di giorni superiore a tre o con frequenza tale da configurarsi come anomala, la relativa richiesta dovrà essere suffragata da certificazione medica.

Roma, ……………

 FIRMA