



ROMA CAPITALE

Municipio Roma XVII
U.O.S.E.C.S.
Ufficio Igiene Alimentare

DOMANDA VARIAZIONE MENU'

(DA COMPILARSI A CURA DELL'UTENTE E/O GENITORE)

Il sottoscritto.....

Chiede per:.....

(nome e cognome dell'utente)

nato il.....

Docente

Alunno

Residente in via.....tel.....

NOME DELLA SCUOLA.....

Ciclo:

MATERNA

ELEMENTARE

MEDIA

(cl.:.....sez.:.....)

(cl.:.....sez.:.....)

(cl.:.....sez.:.....)

Giorni frequenza:

LUN

MART

MERC

GIOV

VEN

NOME ASILO NIDO.....

Ciclo:

PICCOLI

MEDI

GRANDI

Schema dietetico per:

motivi di salute (allego il modello compilato e firmato dal Medico di base)

motivi etico-religiosi (spec. quali).....

con l'esclusione dei seguenti alimenti.....

.....

Firma del richiedente

Il sottoscritto esprime il proprio consenso all'utilizzo dei dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della pubblica amministrazione.(D.Lgs 30 giugno 2003 n.196 e s.m.i. codice di protezione dei dati personali)

Firma del richiedente

Riservato all'ufficio:

AUT. n. del

DIETA N°.

PERSONALIZZATA

DIETA PRECEDENTEMENTE ASSEGNATA n.

Timbro e firma della Dietista