

AL COMUNE DI PIOSSASCO

**DIPARTIMENTO SERVIZI
ALLA PERSONA E ALLA FAMIGLIA**

RICHIESTA DI DIETA SPECIALE
Anno scolastico 2016-2017

Il/la sottoscritto/a _____

padre/madre dell'alunno/a _____

residente in _____ recapito tel. _____


frequentante la scuola _____ classe _____

chiede che al proprio figlio venga somministrata una dieta speciale come da certificato medico allegato.

Pioissasco _____ Firma _____

Dichiara, inoltre, di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale può utilizzare i dati personali forniti e contenuti in questa domanda esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.Lgs 196/2003).

Pioissasco _____ Firma _____

	<p>CITTÀ DI PIOSSASCO (Prov. di Torino)</p> <p>ufficio mensa: 0119027210/205 orari: lunedì, giovedì 8,45-13,45 venerdì: 8,45 -13,45 (su appuntamento) mercoledì: 14,00 -17,15 martedì: chiuso</p>	<p>Ricevuta per la consegna <u>del certificato medico</u> servizio mensa anno scolastico 2016-2017 Alunno/i</p> <p>DATA.....</p> <p>Per l'Ufficio Mensa</p>
---	--	---

