

# ALLEGATO C



**Spett.le ATS**  
di Bergamo  
Settore di Prevenzione  
Ufficio di Sanità Pubblica

**RISTORAZIONE SCOLASTICA**  
**RICHIESTA DI DIETA PERSONALIZZATA**  
**PER PATOLOGIE ALIMENTARI**  
da compilare da parte del genitore

Cognome e nome dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Frequentante nell' a.s. 2023/2024 la classe \_\_\_\_\_ della Scuola Primaria di Ambivere

### **EVENTUALI ULTERIORI COMUNICAZIONI**

Si ricorda che per poter procedere alla predisposizione di una dieta personalizzata, è necessario acquisire gli esiti (che dovranno essere allegati) degli accertamenti che hanno condotto alla diagnosi di allergia e/o altro disturbo dell'alimentazione

---

---

---

---

**È ASSOLUTAMENTE INDISPENSABILE**  
**ALLEGARE CERTIFICATO MEDICO**  
e compilare il modulo in tutte le sue parti e in modo LEGGIBILE

**Firma** del richiedente \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_