

Alla c.a. del: Responsabile Mensa  
e.p.c. al Dirigente scolastico  
Scuola \_\_\_\_\_  
Citta: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore/tutore avente diritto  
**chiede la revoca della DIETA SANITARIA destinata a:**

**DATI DEL FRUITORE**

(a cura del genitore/tutore)

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Data di Nascita: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

scuola d'infanzia     scuola primaria     scuola secondaria     altra utenza

Classe: \_\_\_\_\_

Sezione: \_\_\_\_\_

Citta: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico genitore/tutore dell'avente diritto: \_\_\_\_\_

E-mail del genitore/tutore dell'avente diritto: \_\_\_\_\_

**A CURA DEL GENITORE / TUTORE**

Il sottoscritto genitore/tutore/avente diritto dichiara che a partire dalla data \_\_\_\_\_  
non dovrà più essere somministrata la dieta sanitaria

Data richiesta: \_\_\_\_\_

Firma genitore /tutore dell'avente diritto  
\_\_\_\_\_

**A CURA DEL MEDICO** (pediatra di libera scelta, medico di base o specialista)

A partire dalla data \_\_\_\_\_ non dovrà più essere somministrata la dieta sanitaria.

Dott./ssa: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del medico  
\_\_\_\_\_