

Anno scolastico \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ telefono n° \_\_\_\_\_

genitore o esercitante potestà genitoriale dell' alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ N. PAN \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che il proprio figlio è affetto da \_\_\_\_\_

**e CHIEDE**

che venga somministrata una dieta priva di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Al riguardo allega certificazione medica.

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

Firma del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Istruzioni per la riconsegna del modulo**

La richiesta deve essere recapitata all'ufficio istruzione del Comune di Roveredo in Piano con le seguenti modalità:

- ✓ Consegna a mani presso l'ufficio protocollo.
- ✓ Inviata via PEC con scansione del documento firmato, del certificato medico e del documento di identità a: [comune.roveredoinpiano@certgov.fvg.it](mailto:comune.roveredoinpiano@certgov.fvg.it)
- ✓ Inviata via e mail con scansione del documento firmato, del certificato medico e del documento di identità a : [istruzione@comune.roveredo.pn.it](mailto:istruzione@comune.roveredo.pn.it)