



**ISTITUTO PARITARIO "SACRO CUORE"**  
**SCUOLA DELL'INFANZIA**  
**SCUOLA PRIMARIA**  
**SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO**

**Largo Madre Giulia Salzano, 16/A – Casoria (NA)**  
**Tel. 081.54048457/ Fax 081.7577619**  
**Sito web. [www.istitutosacrocuorecasoria.it](http://www.istitutosacrocuorecasoria.it)**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELLA SCUOLA SACRO CUORE  
DI CASORIA (NA)**

Il/La sottoscritt\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_  
frequentante nell'anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_ la Scuola \_\_\_\_\_  
classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ è affetto/a da \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

come indicato nel **certificato medico allegato** alla presente.

*(Il certificato medico deve essere recentemente rilasciato dagli Specialisti in allergologia o malattie metaboliche con diagnosi della patologia e prescrizione dettagliata degli alimenti / ingredienti da utilizzare e/o precisa indicazione terapeutica).*

Pertanto, si **RICHIEDE** che, al minore sopra indicato, non vengano somministrati durante la ristorazione scolastica i seguenti alimenti/ingredienti:

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

Distinti saluti

Casoria, \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_

### **N.B.**

1. Il modulo scaricato e debitamente compilato, deve essere consegnato e convalidato in Segreteria
2. La richiesta per le diete speciali va rinnovata nel caso sopraggiungano variazioni nelle prescrizioni.