

AL RETTORE
DEL CONVITTO NAZIONALE "G. FALCONE"
PALERMO

Il sottoscritto _____

Genitore e/o responsabile dell'obbligo scolastico di: _____
cognome e nome dell'alunno

classe _____ (tel. _____/cell. _____)

- ☐ scuola PRIMARIA
☐ scuola SECONDARIA I grado
☐ scuola SECONDARIA II grado

Richiede la seguente dieta:

- ☐ Regime alimentare: (allegare certificato medico del medico curante e/o del medico specialista)
☐ Patologia di tipo cronico, allergie e/o intolleranze alimentari:

Allegare certificato medico del medico curante e/o del medico specialista attestante il tipo di patologia ed indicante gli alimenti da escludere dalla dieta

- ☐ Esigenze etico-religiose e vegetariane

- esclusione dei seguenti alimenti:

Dichiara di assumersi la responsabilità sulla scelta effettuata e sulle possibili carenze nutrizionali che si dovessero manifestare nel minore.

Palermo, _____

Firma del padre *cell.n.*

Firma della madre *cell.n.*

Il presente modulo, disponibile anche sul sito <https://www.convittonazionalepalermo.edu.it/>

va scaricato, compilato, firmato, inviato per e-mail a ufficiomensa@convittonazionale.palermo.it

e inviato anche tramite Portale Argo:

Portale Argo Famiglia > Documenti > Condivisione documenti > Selezionare il nome dell'Educatore della classe > cliccare su UPLOAD > selezionare il documento da caricare > cliccare su Conferma