



**RICHIESTA DI RINUNCIA DIETA SPECIALE O PER MOTIVI CULTURALI / RELIGIOSI**

Il / la sottoscritto / a \_\_\_\_\_

genitore del / la bambino / a \_\_\_\_\_

o docente/ educatore

scuola di riferimento:

- Asilo Nido \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_
- Infanzia \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_
- Primaria \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_
- Secondaria I° grado \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La sospensione di un particolare regime alimentare

a partire da \_\_\_\_\_

Data

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_