



**I.P.A.B. LA PIEVE**

CENTRO SERVIZI PER ANZIANI BROGLIATI-CONTRO  
SCUOLA MATERNA G. FIORAVANZO

Via Pieve, 42 - 36042 BREGANZE (Vicenza)

## **MODULO DI RICHIESTA DIETE SPECIALI**

(modulo da consegnare alla coordinatrice del servizio)

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

frequentante

- Nido integrato
- Nido integrato/sezione lattanti (3-6 mesi)

## **D I C H I A R A**

**Di avere la necessità per il/la proprio/a figlio/a di diete speciali dovute ad allergie/intolleranze\* alimentari come da allegato certificato medico** (consegnare in busta chiusa).

\_\_\_\_\_  
Firma genitore

\* In caso di **allergie alimentari** si richiede per ogni anno scolastico fotocopia dello stesso. In caso di **intolleranze alimentari** si richiede per ogni anno scolastico nuovo certificato medico con specificati gli alimenti da escludere dalla dieta.

UFFICI:

Ipab la Pieve - Via Pieve 42 - 36042 Breganze Vi  
Presidenza e Segreteria 0445/306311 (tel) 0445/306399 (fax)  
e-mail:segreteria@ipablapieve.it  
P. Iva 02826590248