

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'IST. COMPRENSIVO COMPLETO
DI BORGHETTO LODIGIANO

l sottoscritt _____

genitore dell'alunno/a _____

frequentante la sezione/classe _____ alla Scuola dell'Infanzia/ Primaria

di _____

C H I E D E

che venga osservata la dieta come da certificato medico allegato.

Data, _____

Firma _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA la richiesta del__ Sig. _____

VISTO il certificato medico allegato

AUTORIZZA

ad applicare la dieta.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Maria Grazia Casagrande