

## **MODULO "B"**

COMUNE o ISTITUTO COMPRENSIVO DI \_\_\_\_\_

AL SERVIZIO NUTRIZIONALE DI  
EURORISTORAZIONE SRL  
Filiale Operativa di Verona  
**FAX N. 045 506196**

Data \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** richiesta di dieta speciale

Nome e Cognome alunno/a: \_\_\_\_\_

Scuola: \_\_\_\_\_

Classe: \_\_\_\_\_

Giorni di presenza dell'alunno/a in mensa:

- lunedì
- martedì
- mercoledì
- giovedì
- venerdì

Note aggiuntive del genitore:

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

eventuale recapito telefonico del genitore: \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_