

Il/la Sottoscritto/a _____

Nome: Cognome:.....

Nato il a

Residente a in Via..... N.° Cap.....

Scuola:

Mensa:

Tel.: Cell.....

Chiedo:

Che l'utente possa interrompere la somministrazione della dieta speciale precedentemente
richiesta dal Medico Curante/Pediatra di Libera Scelta/Medico di famiglia.

Data Richiesta: **FIRMA :**

Da Compilare a cura del Medico curante/Pediatra di Libera scelta/ Medico di famiglia**Termine della somministrazione della terapia dietetica.****A partire dalla data****All'utente potrà essere somministrato il menu ordinario senza nessuna limitazione dietetica.**

Dr.

Via:.....

Città:.....

Recapito telefonico:.....

TIMBRO**DATA****FIRMA DEL MEDICO**

.....

.....