



Parrocchia "Gesù Crocifisso"
SCUOLA MATERNA PARITARIA "RAVELLO"
(D.M. n. 488 del 28.02.2001) – codice MIUR: MI1A465004
Via Piemonte, 2 – 20015 PARABIAGO (MI) –
tel e fax +39 0331 552288 – cell. 339 2404161
Cod. fiscale 92003710156 – partita IVA 09792620156
e-mail: info@scuolamaternaravello.it
posta certificata: materna.ravello@pec.it

RICHIESTA DIETA IN BIANCO

Il sottoscritto _____

genitore di _____

frequentante la scuola _____

sezione _____

AUTOCERTIFICO

la necessità di fornire al bambino la dieta in bianco, secondo le indicazioni riportate nella **"PROCEDURA DIETA IN BIANCO (non superiore ai 3 GIORNI) O DIETA LEGGERA (fino a 15 giorni con la presentazione di Certificato medico).**

Firma di un genitore

data _____



Parrocchia "Gesù Crocifisso"
SCUOLA MATERNA PARITARIA "RAVELLO"
(D.M. n. 488 del 28.02.2001) – codice MIUR: MI1A465004
Via Piemonte, 2 – 20015 PARABIAGO (MI) –
tel e fax +39 0331 552288 – cell. 3392404161
Cod. fiscale 92003710156 – partita IVA 09792620156
e-mail: info@scuolamaternaravello.it
posta certificata: materna.ravello.@pec.it

RICHIESTA DIETA IN BIANCO

Il sottoscritto _____

genitore di _____

frequentante la scuola _____

sezione _____

AUTOCERTIFICO

la necessità di fornire al bambino la dieta in bianco, secondo le indicazioni riportate nella **"PROCEDURA DIETA IN BIANCO (non superiore ai 3 GIORNI) O DIETA LEGGERA (fino a 15 giorni con la presentazione di Certificato medico).**

Firma di un genitore

data _____