

Spett. li Clienti

**OGGETTO: Anno Scolastico 2023-2024**

Gentilissimi clienti,

con la presente siamo a richiedere copia del vostro calendario scolastico relativo all'anno 2023/24 per pianificare la nostra attività di preparazione pasti: nei periodi di chiusura vi preghiamo di specificare l'ultimo giorno in cui usufruirete del servizio mensa.

Inoltre vi chiediamo copia aggiornata del certificato medico degli alunni affetti da allergie e/o intolleranze che dovrà essere rilasciato dal medico di base, dal pediatra o dal medico allergologo. Tale documento è indispensabile per permetterci di stilare la relativa dieta speciale personalizzata che vi verrà consegnata per tutta la durata del menù: la mancata trasmissione del certificato non ci consentirà in alcun modo di applicare qualsiasi tipo variazione al menù standard. Assieme al certificato medico deve essere compilato da parte del genitore il documento "Richiesta dieta speciale" in revisione corretta (**SI ALLEGA COPIA E SI PREGA DI NON UTILIZZARE MODULI CON REVISIONE DIVERSA**).

Si informa inoltre che a partire da **LUNEDI 16 OTTOBRE** entrerà in vigore il menu invernale con la prima settimana di rotazione.

**IL MENU E' STATO VALIDATO DAL SIAN DI COMPETENZA PERTANTO TUTTE LE VARIAZIONI RICHIESTE COMPORTERANNO AUTOMATICAMENTE IL DECADIMENTO DELLA VALIDAZIONE.**

Con l'occasione inviamo i nostri più cordiali saluti.

Padova, 11/09/2023

Work Crossing coop. soc. p. a.

Bissacco Matteo





**Richiesta di Dieta Speciale**

Anno scolastico:.....

Il sottoscritto.....  
 abitante in via .....citta'.....  
 tel. abitazione n°.....  
 tel. Ufficio/cellulare n°.....  
 genitore di.....nato il.....

frequentante la scuola:nido dell'Infanzia primaria secondaria  
 (nome della scuola).....di via.....  
 classe .....sez.....

1) Fa presente che il proprio figlio soffre di:

- Intolleranza alimentare
- Allergia alimentare
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, ecc.)
- Obesità

**Allega certificato medico in originale**

N.B. Si accolgono certificati dei pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche; nel caso di utilizzo di prodotti dietetici speciali, si prega di farlo prescrivere nel medesimo certificato.

2) Fa presente che il proprio figlio per motivi etico-religiosi o culturali non può assumere:  
 .....

3) Fa presente che il proprio figlio sospende la dieta speciale precedentemente richiesta e può seguire il menù scolastico a partire da.....

Padova,.....

.....

Firma