

Al Dirigente Scolastico dell'I.O.C. "Vico – De Vivo"  
Al Comune di

---

## MODULO RICHIESTA REGIME DIETETICO VEGANO/ VEGETARIANO

*N.B. per gli alunni minori l'istanza deve essere sottoscritta da entrambi i genitori; in alternativa il richiedente può rilasciare la dichiarazione in calce, ai sensi del DPR 245/2000, di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile e del D.L. 154 del 28 dicembre 2013.*

Il/la sottoscritto/a:

Nato/a a:           Prov. ( )                   il  
Residente in via:                   Comune:                                   Prov. ( )  
Recapiti telefonici/mail:

Nella sua qualità di:

genitore/esercente la potestà genitoriale del minore sotto generalizzato

Nome/cognome del minore:

Nato/a a: Prov. ( ) il

Residente\* in via: Comune: Prov. ( )

\* compilare solo se diverso dalla residenza del richiedente

Frequentante la scuola:

classe:

sezione:

dove fruisce di:  5 pasti/settimana  4 pasti/settimana  3 pasti/settimana  2 pasti/settimana  1 pasto/settimana

Consapevole dell'importanza di un'alimentazione variata che preveda l'assunzione di tutti i principi nutritivi e di tutte le categorie di alimenti contemplati nel menù scolastico;

consapevole che il menù predisposto dalla ditta di refezione non potrà garantire, da solo, la copertura totale dei fabbisogni nutrizionali giornalieri di un bambino con regime dietetico vegano/vegetariano che necessariamente dovranno essere attentamente valutati e integrati dalla famiglia nei restanti pasti giornalieri, in accordo con il pediatra di riferimento;

Consapevole che la stessa scelta potrebbe comportare intercorrenti problematiche sanitarie ove effettuata senza controllo medico;

**RICHIEDE**

che venga somministrata in favore del proprio figlio/in mio favore (in caso di insegnante) MENU' VEGANO/VEGETARIANO, così come predisposto dalla ditta di refezione,

Per la seguente durata:

PER LA DURATA DELL'INTERO CICLO SCOLASTICO

PER L'ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

FIRMA del genitore\* 1 \_\_\_\_\_  
(o dell'interessato in caso di utenti maggiorenni)  
FIRMA del genitore\* 2 \_\_\_\_\_

In caso di sottoscrizione della richiesta da parte di un solo genitore\* compilare la seguente dichiarazione:

Il richiedente, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara

di aver effettuato la presente richiesta per il minore in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile e del D.L. 154 del 28 dicembre 2013, che richiedono il consenso di entrambi i genitori o dell'esercente la potestà genitoriale

di essere l'unico soggetto esercente la potestà genitoriale sul minore

FIRMA del genitore\* richiedente \_\_\_\_\_  
\*o soggetto avente la potestà genitoriale

FIRMA per presa visione pediatra / medico di Medicina generale dell'alunno

\_\_\_\_\_

Data Firma

\_\_\_\_\_