

**MODULO b)**

COMUNE DI CERESOLE D'ALBA

AL SERVIZIO NUTRIZIONALE DI  
EURORISTORAZIONE SRL

**FAX N. 011-9716615**

**e-mail: [carmagnola@euroristorazione.it](mailto:carmagnola@euroristorazione.it)**

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 \_\_\_\_\_

