



Revoca dieta sanitaria
Nido d'infanzia Robertino Bertola

SQ16bP08

Pag. 1 di 1

Stato Rev. 00

02/05/2017

Il/la sottoscritto/a _____ genitore/tutore di:

Chiede revoca della dieta sanitaria destinata a:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Codice fiscale _____

Recapito telefonico genitore/tutore _____

Data richiesta _____

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO PEDIATRA (pediatra di libera scelta o specialista)

A partire dalla data _____ non dovrà più essere somministrata la dieta.

Dr. (nome e cognome) _____

Timbro e firma del medico

Via _____

Città _____

Telefono _____

Firma del genitore/tutore _____

LA PRESENTE RICHIESTA E' VALIDA SOLO SE COMPILATA IN TUTTI I CAMPI