

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**Nome:** ..... **Cognome:**.....

**Nato il** ..... **a** .....

**Residente a** ..... **in Via**..... **N.°** ..... **Cap.**.....

**Scuola:**

**Mensa:** .....

**Tel.:** ..... **Cell.**.....

**Chiedo:**

Che l'utente possa interrompere la somministrazione della dieta speciale precedentemente richiesta dal Medico Curante/Pediatra di Libera Scelta/Medico di famiglia.

**Data Richiesta:** ..... **FIRMA :** .....

**Da Compilare a cura del Medico curante/Pediatra di Libera scelta/ Medico di famiglia**

**Termine della somministrazione della terapia dietetica.**

**A partire dalla data** .....

**All'utente potrà essere somministrato il menu ordinario senza nessuna limitazione dietetica.**

**Dr.** .....

**Via:**.....

**Città:**.....

**Recapito telefonico:**.....

**TIMBRO**

**DATA**

**FIRMA DEL MEDICO**

.....

.....