

IIIa Sottoscrittola _____**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**

.....

.....