



ISTITUTO  
**VIRGINIA AGNELLI**  
Via Paolo Sarpi, 123 – 10135 TORINO

**CONFERMA  
DIETA SPECIALE  
CELIACHIA**

Codice: M

N° Progressivo modulo: 3

Anno Scolastico: 20.../20...

Pag 1/1 Rev. 1

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che per l'anno scolastico 20.../20... continuerà, **senza variazioni**, la dieta già segnalata per CELIACHIA e si ritiene valida la documentazione già consegnata alla Segreteria dell'Istituto Virginia Agnelli.

Si dichiara, inoltre, che verranno comunicate tempestivamente le eventuali variazioni relative all'allergia/intolleranza di mi\_\_ figlio trasmettendo alla Segreteria dell'Istituto la modulistica aggiornata.

Torino, \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_