



PROTOCOLLO SANITARIO

Io sottoscritto/a _____

residente a _____ Via _____

Genitore di _____

dichiaro la necessità di applicare una dieta speciale per mio figlio in relazione all'intolleranza citate nelle indicazioni del medico curante dr. _____ che qui allego e secondo le modalità e le precauzioni che nello stesso documento sono espresse.

La struttura si impegna altresì a seguire le prassi igieniche-sanitarie previste dal manuale di prevenzione e igiene HACCP in vigore.

Comunico il mio recapito per ogni emergenza:

Tel. _____

In fede _____

Data: _____