

MODULO 1.3.2:

MODULO DI RICHIESTA PER AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI LATTE MATERNO

La sottoscritta (nome e cognome) _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____ n. _____
tel. abitazione n° tel. Ufficio/cellulare n°

MAMMA

Di _____

Nato/a il _____ a _____ e iscritto/a
all'asilo nido_ ASILO NIDO INTEGRATO ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA S.ANDREA

C H I E D E

Che durante la frequenza all'asilo nido venga somministrato al/alla figlio/a il Suo latte materno spremuto fresco e/o scongelato:

a merenda mattino a pranzo a merenda pomeriggio

La sottoscritta dichiara di assumersi ogni responsabilità in merito alla modalità di conservazione, confezionamento e trasporto del latte fino alla consegna di questo al personale incaricato presso l'asilo nido.

La sottoscritta inoltre provvederà a fornire il materiale necessario (bicchierino, tettarella sterile, cucchiaino e/o biberon).

Dichiara inoltre di aver ricevuto dall'asilo nido le indicazioni delle "Gestione del latte materni dei nidi" estratte dalle indicazioni del manuale delle "Linee di indirizzo per il miglioramento della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica" (S.I.A.N ulss) e di averne preso visione e conoscenza.

Data.....

firma della madre.....