

## **REGIME ALIMENTARE FAMILIARI ACCOMPAGNATORI**

Con la presente il/la sottoscritto/a

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

genitore di (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

ricoverato presso l'Istituto Pio XII dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dichiara che i familiari che accompagneranno il/la figlio/a nel periodo di ricovero osservano il seguente regime alimentare:

<b>NOME</b>	<b>DIETA LIBERA E VARIA</b>	<b>ALIMENTI DA ESCLUDERE</b>
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

Misurina, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_