

MODULO A: RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI

Il/La sottoscritto/a _____ residente a _____

Via _____ tel./cell. _____

in qualità di:

Genitore dell'alunno/a _____ nato/a a _____

il _____ frequentante la classe ____ sez. ____ della Scuola

Nido d'Infanzia Infanzia Primaria Secondaria di I° grado Secondaria di II° grado

denominata _____

sita nel Comune di _____

Operatore scolastico/ docente presso la Scuola

Nido d'Infanzia Infanzia Primaria Secondaria di I° grado Secondaria di II° grado

denominata _____

sita nel Comune di _____

Ai fini della fruizione del servizio mensa per l'a.s. _____

CHIEDE

La somministrazione di dieta speciale per:

- ALLERGIA ALIMENTARE
(si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere).
- INTOLLERANZA ALIMENTARE
(si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere).
- CELIACHIA
(si allega certificato medico del Centro Specializzato con diagnosi).
- DIETA SPECIALE PER ALTRE CONDIZIONI PERMANENTI QUALI MALATTIE METABOLICHE/ DEFICIT ENZIMATICI
(si allega certificato medico del Centro Specializzato con diagnosi ed elenco alimenti da escludere).

I dati personali saranno trattati nel rispetto della vigente normativa (Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e D.lgs. 30.06.2003, n. 196 (Codice in materia in protezione dei dati personali), come modificato dal D.lgs. 10.08.2018, n. 101.)

Data _____

FIRMA

FAC-SIMILE DI CERTIFICATO MEDICO CON LE MINIME INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA

Data _____

Si certifica che il bambino _____ M F

Nato/a _____ il _____

da quanto riferito dal genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale:

Sig.re/ra _____

frequentante per l'anno scolastico _____ / _____ la scuola:

- nido infanzia primaria secondaria di I° grado
- (barrare la scuola che interessa)

denominata _____

sita nel Comune di _____

presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE (SPECIFICARE _____)

INTOLLERANZA ALIMENTARE (SPECIFICARE _____)

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO:

(SPECIFICARE _____)

Pertanto:

Si richiede una dieta priva dei seguenti alimenti:

Allega alla presente certificazione, in considerazione della particolare patologia sopra indicata, la dieta specifica.

Timbro e firma del Pediatra di Libera Scelta/Specialista