

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 _____,

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

☐ nido ☐ infanzia ☐ primaria

☐ secondaria di 1° grado ☐ secondaria di II° 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