

## MODELLO 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

Denominata \_\_\_\_\_

Sita nel Comune di \_\_\_\_\_

Operatore scolastico docente presso la Scuola:

Nido d'infanzia –  Infanzia –  Primaria –  Secondaria di I° 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 MALLATIE METABOLICHE DEFICIT ENZIMATICO**  
*(si allega certificato medico del Centro Specializzato con diagnosi ed elenco alimenti da escludere)*
- ALTRO (specificare)**

*I dati personali saranno trattati nel rispetto della vigente normativa (D.Lgs 30/06/2003, n. 196 e Regolamento UE 2016/679 aggiornato 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**

Si certifica che il bambino \_\_\_\_\_  M -  F

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Sig.re/a \_\_\_\_\_

Frequentante per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ la scuola

Nido d'infanzia    –  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:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Pediatra di Libera Scelta Specialista