

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

Infanzia primaria secondaria di I° grado

denominata _____

sita nel Comune di _____

Operatore scolastico/ docente presso la Scuola

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

I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 (art.13).

Data _____

FIRMA

MODULO B: RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI ETICO/RELIGIOSI

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

infanzia primaria scuola secondaria di 1° grado

denominata _____

sita nel Comune di _____

Operatore scolastico/ docente presso la Scuola

infanzia primaria scuola secondaria di 1° grado

denominata _____

sita nel Comune di _____

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

CHIEDE

La somministrazione di dieta speciale per motivi etico/religiosi:

- Dieta priva di carne di maiale
- Dieta priva di ogni tipo di carne
- Dieta vegetariana (priva di carne e pesce)

I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 (art.13).

FIRMA

Data _____

**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 1° 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