

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 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 Regolamento UE 679/2016.

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/a _____

Nato/a _____ il _____

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

Sig.re/Sig.ra _____

Frequentante per l'anno scolastico **2024/2025** 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

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

☐ 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 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 Regolamento UE 679/2016.

FIRMA

Data _____