

## MODULO A: RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_

In qualità di:

Genitore/tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola

Infanzia       Primaria       Secondaria di primo grado

Denominata \_\_\_\_\_

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

Operatore scolastico/docente presso la Scuola

Infanzia       Primaria       Secondaria di primo grado

Denominata \_\_\_\_\_

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

Ai fini della fruizione del servizio mensa per l'A.S.2022/2023

### 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.L.g.s.196/2003 ( art.13 ) .

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 2022/2023 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