

## 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 \_\_\_\_\_

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 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 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