



ANNO SCOLASTICO _____
RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI

NUOVA RICHIESTA **MODIFICA** **SOSPENSIONE**

(barrare la casella interessata)

Il sottoscritto Cognome _____
Nome _____

Tel. _____ Email _____

genitore di Cognome _____
Nome _____ nato/a il _____

Altro: insegnante accudiente personale AMES

Cognome _____

Nome _____

che frequenta la scuola dell'Istituto Comprensivo _____

centro cottura _____

dell'infanzia _____ classe _____ sez _____

primaria _____ classe _____ sez _____

second.1°gr. _____ classe _____ sez _____

- a tempo pieno
- a modulo con rientro nei giorni _____

chiede

la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di (barrare la casella interessata)

Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a tale fine allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Dieta speciale per la Celiachia a tal fine si allega certificazione del medico curante con diagnosi

Dieta speciale per altre condizioni permanenti a tale fine si allega certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

il minore necessita della somministrazione farmaco salva vita

Con la sottoscrizione dichiaro di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art 13 del Regolamento UE 2016/679 in merito al trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma del genitore _____

CERTIFICATO

Data _____

Si certifica che il bambino/a _____

nato il _____ presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche :

- Esami in vivo (es: Prick test, Prick by Prick)
- Esami in Vitro (es: IgE specifiche, RAST, ISAC)
- Biopsia intestinale
- Breath test
- Test di provocazione orale

INTOLLERANZA ALIMENTARE

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO

ALTRA PATOLOGIA

N.B. si fa presente che verranno considerate solo le certificazioni mediche riportanti test diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute

Si chiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI :**

Durata della dieta speciale:

- intero ciclo scolastico
- intero anno scolastico
- n. mesi

Timbro e firma Medico Curante _____