

ALLEGATO 2

**– MODULO RICHIESTA DI DIETA SPECIALE
PER MOTIVI SANITARI (GENITORE)**

La richiesta, con allegata la certificazione medica (ALLEGATO 3), deve essere recapitata all'ufficio competente del Comune di appartenenza della scuola pubblica o all'amministrazione scolastica se si tratta di scuola privata.

Il/la sottoscritto/a _____

Genitore di _____

che frequenta la classe _____ della scuola _____

per l'anno scolastico _____/_____

Tel: _____ E-mail: _____

Il bambino è presente in mensa nei seguenti giorni

L M M G V

CHIEDE

la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di

dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a _____

dieta speciale per celiachia

dieta speciale per altre condizioni _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

sì no

Data

Firma

ALLEGATO 3

– MODULO RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI (PEDIATRA)

Da compilarsi a cura del medico curante

Si certifica che il bambino/a _____ M F
Nato/a il _____ presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE

- proteine del latte vaccino
- proteine dell'uovo
- proteine del frumento
- proteine del pesce
- crostacei
- arachide
- proteine della soia
- frutta secca con guscio
- altro _____

con possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina sì no

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche:

- esami in vivo (es. prick test, prick by prick)
- esami in vitro IgE specifiche, RAST, ISAC)
- biopsia intestinale
- test di provocazione orale
- altro _____

INTOLLERANZA ALIMENTARE

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche:

- breath test
- altro _____

CELIACHIA

FAVISMO

DIABETE MELLITO INSULINO – DIPENDENTE

ALTRO _____

Si chiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:

Durata della dieta speciale:

- fino a ulteriori accertamenti
- intero anno scolastico
- perenne

Data

Timbro e firma del Medico Curante
