

**MODULO DI RICHIESTA DIETA SPECIALE  
PER IL SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA**

Il/la sottoscritto/a

.....

..... Codice fiscale

.....

..... Recapito telefonico

.....

Genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale del minore per cui si richiede  
dieta speciale (cognome e nome del minore)

.....

Nato/a a ..... il

..... Residente

in.....

.....

Via..... n..... CAP

..... Che frequenta la Scuola

.....

Classe ..... Sez. .... per l'anno scolastico

.....

**RICHIEDE**

(selezionare la prestazione richiesta barrando l'apposito spazio)

Dieta Speciale per motivi di salute: **allergia o intolleranza alimentare**

a tal fine si allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- Copia di un Documento d'identità

Dieta Speciale per motivi di salute: **celiachia**

a tal fine si allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi
- Copia di un Documento d'identità

Dieta Speciale per motivi di salute: **altre condizioni permanenti**

a tal fine si allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- Copia di un Documento d'identità

Dieta Speciale per **motivi etico-religiosi**

a tal fine si allega:

- Copia di un Documento d'identità

Data .....

Firma del genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale

**CERTIFICATO MEDICO PER RICHIESTA DIETA SPECIALE  
SCOLASTICA**

**Si certifica che il bambino/a**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

**Presenta**

ALLERGIA ALIMENTARE

possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina  
autoiniettabile: SI  NO

INTOLLERANZA ALIMENTARE (specificare) \_\_\_\_\_

CELIACHIA (specificare) \_\_\_\_\_

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO (specificare) \_\_\_\_\_

ALTRA PATOLOGIA (specificare) \_\_\_\_\_

Si richiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Durata della dieta speciale:**

intero ciclo scolastico (solo per patologia cronica)

intero anno scolastico

fino al (data) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico

\_\_\_\_\_  
Dr. (cognome e nome): \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_