

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

Infanzia primaria secondaria di 1° grado

denominata _____

sita nel Comune di _____

Operatore scolastico/ docente presso la Scuola

Infanzia primaria secondaria di 1° 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 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.Lgs 196/2003 (art.13).

Data _____

FIRMA