

**MODELLO DIETE SPECIALI PER MOTIVI SANITARI**

*N.B. per gli alunni minori l'istanza deve essere sottoscritta da entrambi i genitori; in alternativa il richiedente può rilasciare la dichiarazione in calce, ai sensi del DPR 245/2000, di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile e del D.L. 154 del 28 dicembre 2013.*

Il/la sottoscritto/a:

Nato/a a: Prov. ( ) il  
 Residente in via: Comune: Prov. ( )  
 Recapiti telefonici/mail:

Nella sua qualità di:

 genitore/ esercente la potestà genitoriale del minore sotto generalizzato

Nome/cognome del minore:

Nato/a a: Prov. ( ) il

Residente\* in via: Comune: Prov. ( )

\* compilare solo se diverso dalla residenza del richiedente

Frequentante la scuola:

classe:

sezione:

dove fruisce di:  5 pasti/settimana  4 pasti/settimana  3 pasti/settimana  2 pasti/settimana  1 pasto/settimana

per il periodo anno scolastico/ ciclo di scuola ...../.....

**CHIEDE**

la somministrazione (al/alla proprio/a figlio/a oppure per se stessa/o nel caso di insegnante) di: (barrare la casella interessata)

**- Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare**

a tal fine si allega:

certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione **- Dieta speciale per celiachia**

a tal fine si allega:

certificato del medico curante con diagnosi **- Dieta speciale per altre condizioni permanenti**

a tal fine si allega:

certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione **- Dieta speciale per altro tipo di patologia**

a tal fine si allega:

certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione 

Data .....

FIRMA del genitore\* 1 \_\_\_\_\_

(o dell'interessato in caso di utenti maggiorenni)

FIRMA del genitore\* 2 \_\_\_\_\_

In caso di sottoscrizione della richiesta da parte di un solo genitore\* compilare la seguente dichiarazione:

Il richiedente, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara:

 di aver effettuato la presente richiesta per il minore in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile e del D.L. 154 del 28 dicembre 2013, che richiedono il consenso di entrambi i genitori o dell'esercente la potestà genitoriale

 di essere l'unico soggetto esercente la potestà genitoriale sul minore

FIRMA del genitore\* richiedente \_\_\_\_\_

\*o soggetto avente la potestà genitoriale

## Certificato per diete speciali ai fini della ristorazione scolastica

Si certifica che il/la bambino/a .....M  F

nato/a a ..... il .....

presenta:

**ALLERGIA ALIMENTARE** specificare: .....

**INTOLLERANZA ALIMENTARE** specificare: .....

**CELIACHIA**

**MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO** specificare:  
.....

**ALTRO** specificare: .....

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

.....  
.....  
.....

Tale richiesta deve intendersi valida

per il seguente **periodo** (anno scolastico /ciclo di scuola): .....

### OPPURE:

Si richiede una **DIETA TEMPORANEA** cosiddetta “leggera” o “in bianco” <sup>1</sup> per disturbi transitori (solo in caso di bambini riammessi in comunità a seguito di gastriti, gastroduodeniti, dispepsie, stati di chetosi transitori il cosiddetto “acetone”, sindromi postinfluenzali).

A tal fine si allega certificato del medico curante/pediatra. In riferimento al menù previsto per la dieta temporanea, dovranno essere indicati eventuali ingredienti non compatibili con la patologia in corso.

La richiesta della **DIETA TEMPORANEA** è valida per il seguente **periodo** .....

Data .....

Timbro e firma del Medico Curante o  
del Pediatra di Libera Scelta

.....

N.B. L'onere della certificazione è a carico dell'utente.