

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/aM 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”¹ 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.