

---

## MODULO RICHIESTA DIETE SPECIALI

---

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_  
telefono abitazione n. \_\_\_\_\_ telefono ufficio/cellulare n. \_\_\_\_\_  
genitore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
frequentante per l'anno scolastico 20\_\_/20\_\_ presso la Scuola \_\_\_\_\_  
classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

1) **Fa presente che il proprio figlio è affetto da:**

- Intolleranza alimentare
- Allergia alimentare
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)
- Obesità - sovrappeso
- Gastrite, gastroduodenite persistente
- Chetosi transitoria

**Allegare certificato medico recente in busta chiusa**

(Si accolgono certificati dei pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche con prescrizione dettagliata degli ingredienti da utilizzare e/o precisa indicazione terapeutica; nel caso di utilizzo prodotti dietetici speciali, si prega di farlo presente nel medesimo certificato)

2) **Fa presente che il proprio figlio per motivi etici o religiosi non può assumere:**

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

3) **Fa presente che il proprio figlio come conseguenza di altre patologie (da specificare) non può assumere i seguenti alimenti:**

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

4) **Fa presente che il proprio figlio sospende la dieta speciale precedentemente richiesta e può seguire il menù scolastico a partire da:**

.....

Prende atto che, in riferimento al D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), i dati personali e/o sensibili inseriti nel presente modulo e/o i documenti allegati sono oggetto di trattamento ai soli fini della elaborazione delle diete speciali. La dieta speciale sarà automaticamente spedita ai centri cottura ed avrà validità corrispondente a quella del menù; si ricorda quindi che ad ogni cambio menù è preferibile contattare gli uffici comunali.

Gudo Visconti, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO**