

## MODULO A

Facsimile di MODULO DI RICHIESTA di dieta speciale per motivi sanitari per il servizio di refezione scolastica (da consegnare al genitore da parte dell'amministrazione comunale o della scuola privata)

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. abitazione n° \_\_\_\_\_

tel. ufficio/cellulare n° \_\_\_\_\_

che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il bambino è presente in mensa nei seguenti giorni 

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

### CHIEDE

la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a 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

Data .....

Firma del genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale

.....



**COMUNE SAN ROMANO IN GARFAGNANA**  
**PROVINCIA DI LUCCA**

**MODULO B**

**Certificato per diete speciali ai fini della ristorazione scolastica**

Data .....

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: \_\_\_\_\_)

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

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

OPPURE

Si chiede una **ALIMENTAZIONE TEMPORANEA A BASE DEI SEGUENTI ALIMENTI:**

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

Tale richiesta deve intendersi valida per il seguente periodo: .....

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

.....

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