

Richiesta dieta speciale per MOTIVI DI SALUTE
Modello A

Al Sindaco del Comune di Cuorgné

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

genitore¹ del/la bambino/a _____

residente a _____ in via _____

tel. _____ indirizzo e-mail: _____

che frequenta la scuola _____ classe/sezione _____

per l'anno scolastico _____ / _____

CHIEDE

La preparazione di un particolare regime alimentare per motivi di salute:

DIETA NUOVA

Occorre presentare una certificazione medica (del medico curante o del Servizio Sanitario Nazionale) che attesti la necessità di seguire una dieta particolare.

RICONFERMA DIETA

Occorre presentare una certificazione medica aggiornata (del medico curante o del Servizio Sanitario Nazionale).

da cui risultano da escludere i seguenti alimenti:

Modalità di consegna:

-a mano: c/o l'Ufficio Istruzione del Comune di Cuorgné – Via Garibaldi, 9

-per e-mail: staff@comune.cuorgne.to.it

- per fax: 0124 655217-655230

Il richiedente dichiara fin da ora di essere informato ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 (T.U.) che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma del genitore

¹ O affidatario che esercita la patria potestà



Comune di

Richiesta di dieta speciale per intolleranza alimentare

(la certificazione deve essere compilata dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN)

CERTIFICAZIONE

Si certifica che (cognome e nome).....

Nato a: Residente a: via:

Codice Fiscale o tessera sanitaria: Tel:

Scuola:

è affetto/a da:

- Malattia celiaca**
- Intolleranza al lattosio primitiva**
- Intolleranza al lattosio secondaria**
- Favismo**
- Altra intolleranza ai carboidrati**
- Altri errori congeniti del metabolismo**

Intolleranza ad alimenti ricchi di amine vasoattive e/o di sostanze istamino-liberatrici (specificare quali alimenti appartenenti a tali categorie non sono clinicamente tollerati:

Intolleranza ad additivi alimentari e metalli (conservanti, antiossidanti, emulsionanti, aromi, coloranti, salicilati). Specificare per quale/i, fra additivi alimentari e metalli, è stata dimostrata l'intolleranza:

Il/la bambino/a deve pertanto seguire una dieta appropriata alla diagnosi.

....., il

(Timbro e firma del Medico con codice regionale, qualifica e titoli specialistici, indirizzo e numero di telefono)

.....