

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

Allegato 1a



Comune di

Richiesta temporanea di dieta speciale per sospetta allergia alimentare

(la certificazione deve essere compilata dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN o da un Medico di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia)

CERTIFICAZIONE

Si certifica che.....

Nato a: il

Residente a: via:

Codice Fiscale o tessera sanitaria: Tel:

Scuola:.....

Ha presentato il seguente **quadro clinico**

e si intende intraprendere un iter diagnostico volto a indagare l'eventuale presenza di ALLERGIA ALIMENTARE e per il quale è già in corso, o è stato concluso, l'iter diagnostico volto ad escludere altre patologie in diagnosi differenziale.

L'allergia alimentare è stata **sospettata** in base a

- visita medica del curante
- visita medica di uno specialista non allergologo
- visita medica in occasione di accesso al Pronto Soccorso

Il/la bambino/a, in attesa della definizione diagnostica, dovrà temporaneamente (n° mesi 3) seguire una dieta priva del/i seguente/i alimento/i in attesa degli esiti degli accertamenti in corso/proposti.

- proteine del latte vaccino (latte bovino e derivati; alimenti contenenti proteine del latte);**

il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di **carne bovina**? SI NO

- proteine dell'uovo (uovo e tutti gli alimenti contenenti proteine dell'uovo);**

il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di **carne di pollo**? SI NO

- proteine del frumento e di tutti i cereali che possano contenere proteine analoghe dal punto di vista allergenico (orzo, farro, segale, kamut, avena)**

- proteine dell'i pesce/i (indicare il/i pesce/i sospettati come allergenici).....**
indicare quale/i pesce/i sono invece ingeriti e tollerati:

- proteine della soia (o altre leguminose comprese arachide)**

- frutta secca con guscio (indicare quale/i frutta secca ha determinato sintomi).....**
indicare quale/i tipo/i di frutta secca sono invece assunti e tollerati:

- kiwi (altra frutta fresca).....**

- altri allergeni alimentari**

....., il

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

.....