

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 allergia alimentare accertata

La certificazione dovrà essere compilata da un Medico di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia *oppure in alternativa* dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN solo sulla base di documentazione redatta da una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia. La diagnosi specialistica deve essere allegata in copia o disponibile a richiesta (riportare gli estremi).

CERTIFICAZIONE

Si certifica che.....

Nato a: il

Residente a: via:

Codice Fiscale o tessera sanitaria: Tel:

Scuola:.....

è affetto/a / presenta il seguente quadro clinico

per il/la quale è stato intrapreso e concluso, dall'Unità Operativa della Rete Regionale di Allergologia l'iter che ha condotto alla diagnosi di allergia alimentare. In base alle procedure diagnostiche eseguite, **il/la bambino/a è risultato essere ALLERGICO/A** al/i seguente/i alimento/i, che dovrà/dovranno pertanto essere escluso/i dalla dieta: (N.B. per le allergie alimentari accertate la dieta decadrà al termine dell'anno scolastico in corso)

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 dei pesci (indicare il/i pesce/i 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 è allergenica).....
indicare quale/i tipo/i di frutta secca sono 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)

.....