

**Richiesta dieta speciale per MOTIVI DI SALUTE**  
**Modello A**

Al Sindaco del Comune di Cuorgné

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

genitore<sup>1</sup> 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

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> O affidatario che esercita la patria potestà

**Allegato 1d**



Comune di .....

**Richiesta di dieta speciale per altre patologie che necessitano di dietoterapia**  
(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:

- Diabete**.....
- Dislipidemie**.....
- Obesità complicata** .....
- Sovrappeso / Obesità semplice** (*Per il bambino verrà mantenuto il menù previsto per la ristorazione scolastica, in quanto normocalorico e bilanciato per le diverse fasce di età. Verranno peraltro adottate da parte del personale scolastico e degli addetti alla ristorazione opportune modalità comportamentali volte a migliorare l'educazione alimentare del bambino stesso*)
- Stipsi** .....
- Reflusso gastro-esofageo** .....
- Malattia da reflusso gastro-esofageo – esofagite – ulcera** .....
- Gastrite e/o duodenite** .....
- Colon irritabile – Colite** .....
- Malattie infiammatorie croniche intestinali** .....
- Specificare: .....
- Epatopatie – Colecistopatie** .....
- Specificare: .....
- Iperensione** .....
- Specificare: .....
- Nefropatia – Calcolosi renale** .....
- Specificare: .....
- .....
- .....

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)

.....