

**MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE
per motivi sanitari per il servizio di refezione scolastica**

(in ottemperanza alle Linee di indirizzo per il Miglioramento della Qualità Nutrizionale della Ristorazione Scolastica, approvate con D.G.R. 1189 del 01/08/17)

La richiesta, con allegato il certificato del medico curante ed elenco alimenti da escludere dalla dieta, deve essere recapitata all'Ufficio Istruzione del Comune di Silea esclusivamente via mail protocollo@comune.silea.tv.it o via fax 0422/460483

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

genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____ n. ____
tel. abitazione n° _____ tel. cellulare n° _____
e-mail _____

che frequenta la classe _____ sez. _____ della scuola dell'Infanzia
di Cendon Lanzago per l'anno scolastico _____/_____
oppure
Scuola Primaria Silea Lanzago Sant'Elena per l'anno scolastico _____/_____

Il bambino/a è presente in mensa nei seguenti giorni:

lunedì martedì mercoledì giovedì venerdì

CHIEDE

la somministrazione al\alla proprio\la figlio\la di (barrare la casella interessata):

dieta speciale per **allergia o intolleranza alimentare**; a tal fine si allega il certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione (predisposto utilizzando il modello allegato);

dieta speciale per la **celiachia**; a tal fine si allega il certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione (predisposto utilizzando il modello allegato);

dieta speciale per **altre condizioni permanenti**; a tal fine si allega il certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione (predisposto utilizzando il modello allegato);

Firma dei genitori o affidatari che esercitano la potestà genitoriale.

1) _____

2) _____

Data _____

ESEMPIO DI CERTIFICATO CON LE INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA

Istruzione per la compilazione

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE (preferibilmente PEDIATRA DI LIBERA SCELTA/MEDICO DI MEDICINA GENERALE) in tutte le sue parti.

Data _____

Si certifica che il bambino/a _____ M F

nato/a il _____ presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE

possibilità di reazioni gravi fino allo **shock anafilattico** che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina auto iniettabile: SI NO

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche:

- Esami in vivo (es: Prick Test, Prick by Prick)
- Esami in Vitro (es: IgE specifiche, RAST, ISAC)
- Biopsia intestinale
- Breath test
- Test di provocazione orale

INTOLLERANZA ALIMENTARE

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO

ALTRA PATOLOGIA _____

N.B. si fa presente che verranno considerate solo certificazioni mediche riportanti tests diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute.

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

Durata della dieta speciale

intero ciclo scolastico

intero anno scolastico

n_____mesi

Timbro e firma del Medico Curante