

**MODULO A: RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

in qualità di:

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola

Infanzia     primaria     secondaria di 1° grado

denominata \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

Operatore scolastico/ docente presso la Scuola

Infanzia     primaria     secondaria di 1° grado

denominata \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

Ai fini della fruizione del servizio mensa per l'a.s. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La somministrazione di dieta speciale per:

- **ALLERGIA ALIMENTARE**  
(si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione).
- **INTOLLERANZA ALIMENTARE**  
(si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione).
- **CELIACHIA**  
(si allega certificato medico con diagnosi).
- **DIETA SPECIALE PER ALTRE CONDIZIONI PERMANENTI QUALI MALATTIE METABOLICHE/ DEFICIT ENZIMATICI**  
(si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione).

I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 (art.13).

Data \_\_\_\_\_

FIRMA