



MODULO A Diete Sanitarie

Al Comune di Nuraminis
Area 1 - Servizio Pubblica Istruzione

IL/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ tel _____

Ai fini della fruizione del servizio mensa richiede

☐ per sé (insegnante) oppure ☐ per il proprio figlio/a _____

presso la scuola ☐ Infanzia ☐ Primaria di _____

CHIEDE

la somministrazione (al/alla proprio/a figlio/a oppure per se stessa/o nel caso di insegnante) di:
(barrare la casella interessata)

- **Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare** ☐

a tal fine si allega:
certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

- **Dieta speciale per celiachia** ☐

a tal fine si allega:
certificato del medico curante con diagnosi

- **Dieta speciale per altre condizioni permanenti** ☐

a tal fine si allega:
certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

- **Dieta speciale per altro tipo di patologia** ☐

a tal fine si allega:
certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Data

Il/la sottoscritto/a si impegna a presentare nuova certificazione medica in caso di interruzione della dieta speciale o in caso di eventuali modifiche intervenute.

Il/la sottoscritto/aconsente il trattamento dei dati forniti secondo quanto previsto dal **Regolamento UE 679/2016**)

Firma del genitore responsabile dell'obbligo scolastico

.....

MODULO B

Certificato per diete speciali ai fini della ristorazione scolastica

Si certifica che il/la bambino/aM ☐ F ☐

nato/a a il

presenta:

☐ **ALLERGIA ALIMENTARE** specificare:

☐ **INTOLLERANZA ALIMENTARE** specificare:

☐ **CELIACHIA**

☐ **MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO** specificare:

☐ **ALTRO** specificare:

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

.....
.....
.....

Tale richiesta deve intendersi valida

per il seguente **periodo** (anno scolastico /ciclo di scuola):

OPPURE:

☐ Si richiede una **DIETA TEMPORANEA** cosiddetta "leggera" o "in bianco" ¹ per disturbi transitori (solo in caso di bambini riammessi in comunità a seguito di gastriti, gastroduodeniti, dispepsie, stati di chetosi transitori il cosiddetto "acetone", sindromi postinfluenzali).

A tal fine si allega certificato del medico curante/pediatra. In riferimento al menù previsto per la dieta temporanea, dovranno essere indicati eventuali ingredienti non compatibili con la patologia in corso.

La richiesta della **DIETA TEMPORANEA** è valida per il seguente **periodo**

Data

Timbro e firma del Medico Curante o del Pediatra di Libera Scelta

.....

N.B. L'onere della certificazione è a carico dell'utente.