

**UNIONE DEI COMUNI DEL LACERNO E DEL FIBRENO
SERVIZIO MENSA SCOLASTICA**

ANNO SCOLASTICO: _____ SCUOLA _____

RINNOVO PRIMA RICHIESTA

**RICHIESTA DIETA SPECIALE
MOTIVI DI SALUTE O ETICO/RELIGIOSI**

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a a _____ () il _____
e residente in _____ () Via/piazza _____ n. _____
cap _____ tel _____ cell. _____ e-mail _____
Codice fiscale _____ documento _____
n. _____ rilasciato il _____ da _____ in qualità
di genitore/tutore del bambino/a _____ nato/a a _____
() il frequentante la scuola _____ classe _____ sez _____

CHIEDE

- La preparazione di una dieta speciale per
- Motivi di salute: allegare alla presente richiesta il modello F (o il certificato medico)
- Motivi etico/religiosi

Il/la bambino/a è presente a mensa (indicare i giorni della settimana): L M M G V

- La reintroduzione della dieta libera

Il/la richiedente dichiara di essere informato/a ai sensi del D.Lgs 30.06.2003, n. 1296 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene presentata, dagli uffici dell'Amministrazione dell'Unione dei Comuni del Lacerno e del Fibreno nonché dalla società di ristorazione aggiudicataria del servizio.

Data _____

Firma leggibile del genitore o esercente la patria potestà

Ai sensi dell'art. 38, comma 3 del DPR 445/2000 la presente dichiarazione può essere sottoscritta dall'interessato o da chi esercita la patria potestà genitoriale, in presenza del personale dell'Ufficio o sottoscritta prima e presentata a mezzo delega, unendo alla domanda un documento di riconoscimento in corso di validità.

UNIONE DEI COMUNI DEL LACERNO E DEL FIBRENO
SERVIZIO MENSA SCOLASTICA

CERTIFICAZIONE MEDICA DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE

PATOLOGIA CRONICO O TRASNSITORIA – INTOLLERANZE E/O ALLERGIE ALIMENTARI RITORNO A DIETA LIBERA
(da compilare a cura del medico in stampatello in tutte le sue parti)

Si certifica che il/la bambino/a (nome) _____ (cognome) _____
nato/a a _____ () il _____ e residente a _____ () in
via/piazza _____ n. _____ cap _____ C.F. _____

FREQUENTANTE INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA DI I GRADO

DENOMINAZIONE SCUOLA _____ CLASSE _____ SEZIONE _____
SITA _____ NEL _____ COMUNE _____ DI _____ IN
VIA _____ I.C. _____

GIORNI DI FREQUENZA TEMPO PIENO (specificare i giorni) L M M G V

DEVE SEGUIRE UNA DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE PER:

- PATOLOGIA CRONICA E/O TRANSITORIA;
 - INTOLLERANZA E/O ALLERGIA ALIMENTARE;
 - SOSPETTA INTOLLERANZA E/O ALLERGIA ALIMENTARE IN QUANTO E' AFFETTO/A DA
(specificare diagnosi e/o sintomatologia)
- _____
- _____

PUO' TORNARE A DIETA LIBERA DA GIORNO _____

SI PRESCRIVONO LE SEGUENTI INDICAZIONI DIETOTERAPEUTICHE PER DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE

ALIMENTI, CATEGORIE ALIMENTARI E/O COMPONENTI ALIMENTARI

DA ESCLUDERE	CONSENTITI	ALIMENTI SPECIALI PRESCRITTI
<ul style="list-style-type: none"> ○ Cereali e prodotti contenenti glutine ○ Altri tipi di cereali (specificare) _____ ○ Latte e tutti i derivati ○ Carni bovine ○ Altri tipi di carni fresche (specificare) _____ ○ Carni conservate (specificare) _____ ○ Uovo ○ Pesce (specificare) _____ ○ Verdura/ortaggi/aromi freschi 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Avena ○ Yogurt ○ Parmigiano ○ Pecorino ○ Carni bovine ○ Uovo nei prodotti finiti e/o nelle preparazioni (specificare) _____ ○ Legumi (specificare) _____ ○ Asparagi ○ Mela ○ Pesca 	<p>Indicare qualsiasi elemento e/o bevanda speciali</p> <p align="center">1</p>

<input type="checkbox"/> (specificare) _____ <input type="checkbox"/> Pomodoro fresco <input type="checkbox"/> Pomodoro cotto <input type="checkbox"/> Erbe aromatiche e spezie seche (specificare) _____ <input type="checkbox"/> Frutta fresca (specificare) _____ <input type="checkbox"/> Oli e grassi da condimento (specificare) _____ <input type="checkbox"/> Conservanti/additivi (specificare) _____ <input type="checkbox"/> Altri alimenti (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Pinoli <input type="checkbox"/> Altri alimenti (specificare) _____ _____ _____ _____ _____	
---	---	--

Altre indicazioni utili per la formulazione della dieta: _____

Data di compilazione _____ Timbro e firma del medico _____