

Al Responsabile del Servizio-mensa del Comune di  
 Terme Vigliatore  Falcone  Oliveri

Al Responsabile della Ditta privata incaricata dai genitori

➤ **Mod.B) Richiesta dieta speciale\_ per motivi di salute** (Rev.0/09.09.2024)

I sottoscritti, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
genitori/affidatari dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
frequentante nel corrente anno scolastico la classe \_\_\_\_ sezione \_\_\_\_  
della scuola ( Infanzia, Primaria, Secondaria ) \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

CHIEDONO

- La preparazione di una **dieta speciale per motivi di salute** e **allegano certificato medico (\*)**
- **Che i soggetti in indirizzo provvedano a comunicare il menù speciale approvato dall'ASL** sia a noi genitori che alla scuola, per i relativi controlli

***In caso di firma di un solo genitore/tutore/affidatario lo stesso sottoscrive contestualmente la seguente dichiarazione: "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali corrispondenti a verità, ai sensi del d.p.r. 445 del 2000, Dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiede il consenso di entrambi i genitori".***

data e firma leggibile \_\_\_\_\_

data e firma leggibile \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n.196/2003, NOI GENITORI/AFFIDATARI diamo il nostro consenso al trattamento dei dati personali e sensibili forniti solo al fine del corretto e funzionale espletamento del servizio richiesto

data e firma leggibile \_\_\_\_\_

data e firma leggibile \_\_\_\_\_

(\*) si riporta a pag.2 il modello di fac-simile certificato medico

CERTIFICATO MEDICO PER DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI

Modello di fac-simile da rilasciare a cura del pediatra di libera scelta o medico di medicina generale o medico specialista in allergologia ed immunologia clinica o gastroenterologia

Certifico che il paziente .....

Nato/a a:.....il .....

È affetto da.....

E pertanto non può assumere il/i seguente/ti alimento/i

---

---

---

---

---

In caso di allergia/intolleranza alimentare specificare il metodo di diagnosi:

- Prick test (prove allergiche cutanee)
- Rast (dosaggio IgE specifiche)
- Altro test ( precisare quale) .....

Specificare se, in caso di soggetti allergici, in passato si sono verificate reazioni anafilattiche e/o è stato prescritto l'auto-iniettore di adrenalina Fastjekt (auto-iniettore):

.....

Tale disposizione è necessaria ed indispensabile per la salute del paziente per il periodo

da ..... al .....

Luogo e data, .....

Timbro e firma del Medico