

MODULO A

MODULO Diete Sanitarie

Al Dirigente del SETTORE 4
Servizi alle imprese, all'attività edilizia e all'istruzione
U.O. 4.4 Servizi scolastici
Comune di Lucca

**Richiesta di dieta speciale per motivi sanitari
per il servizio di ristorazione scolastica**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)
genitore/responsabile dell'obbligo scolastico del/della bambino/a

.....
nato/a a il

che frequenta la scuola infanzia primaria secondaria I° grado

di presente a mensa nei seguenti giorni

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

recapito telefonico

oppure:

la sottoscritta

insegnante presso la scuola

presente a mensa nei seguenti giorni

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

per il periodo anno scolastico/ ciclo di scuola/.....

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/a consente il trattamento dei dati forniti secondo quanto previsto dall'art. 13 del D.Lgs. 196/2003

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.

¹ la dieta temporanea c.d. "leggera" o "in bianco" è composta da: Pasta/Riso all'olio E.V.O - Carne bianca/pesce al vapore* - Carote/finocchi lessati

*n.b. Nelle diete vegetariane carne e pesce sono sostituiti con Ricotta/ robiola