



Modello dieta speciale per motivi di salute con presentazione di certificazione medica

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

genitore del/la bambino/a _____

abitante in via _____ tel. _____

che frequenta la scuola _____ per l'anno scolastico ____/____

indirizzo e-mail _____

CHIEDE

La preparazione di un particolare regime alimentare per motivi di salute:

- Dieta nuova In questo caso occorre presentare un certificato medico (medico di medicina generale o medico specialista in allergologia ed immunologia clinica o gastroenterologia) che attesti la necessità di seguire un regime dietetico particolare.
- Riconferma dieta In questo caso occorre presentare un certificato medico aggiornato solo nel caso di allergie e/o intolleranze, e non di altre malattie metaboliche (diabete, fenilchetonuria, favismo ect...) e celiachia.

Il richiedente dichiara fin da ora di essere informato ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 (T.U.) che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ALLEGA

- Certificato medico per dieta speciale per motivi sanitari

Data

Firma del richiedente

Spazio riservato alla segreteria

Data di inserimento _____ Protocollo n° _____

Copia del presente protocollo è stata consegnata a :

- Responsabile cucina in data _____ firma per ricevuta _____
- Referente del servizio in data _____ firma per ricevuta _____
- Responsabile HACCP in data _____ firma per ricevuta _____



CERTIFICATO MEDICO PER DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI

Modello 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'autoiniettore di adrenalina Fastjekt (auto-iniettore) :

.....

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

da al

Prato, Timbro e firma del Medico