

**MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE – ANNO SCOLASTICO 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_**

COMUNE DI / ISTITUTO  
CENTRO COTTURA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia ( \_\_\_\_\_ )

Telefono/cellulare \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Genitore/tutore di \_\_\_\_\_ (in seguito "utente")

Frequentante la scuola  nido  infanzia  primaria  secondaria I° grado

Nome Centro / Istituto \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_

FA PRESENTE CHE L'UTENTE NECESSITA DI DIETA SPECIALE  PER L'INTERO ANNO SCOLASTICO  
 TEMPORANEA FINO AL .....

➤ **PER MOTIVAZIONE ETICA E/O RELIGIOSA**

- no carne suina (maiale)  no carne bovina (manzo, mucca)  no carne avicola (pollo, tacchino)
- no carne equina (cavallo)  no tutti i tipi di carne, sì pesce
- scelta vegetariana (no tutti i tipi di carne, no pesce)
- scelta vegana (no tutti i tipi di carne, no pesce, no uova, no latte e di tutti i derivati) necessario certificato medico per età < 3 anni

*Le preparazioni presenti nelle diete etico-religiose potrebbero contenere tracce dei seguenti allergeni: cereali contenenti glutine, crostacei, uova, pesce, arachidi, soia, latte incluso lattosio, frutta a guscio, sedano, senape, semi di sesamo, anidride solforosa e solfiti, lupini, molluschi.*

➤ **PER MOTIVAZIONE SANITARIA. Si allega copia del CERTIFICATO MEDICO\***

- intolleranza alimentare a (specificare alimento/i): .....
- allergia alimentare a (specificare alimento/i): .....
- malattia metabolica (specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc...): .....
- altro (specificare): .....

*(\*) Si accolgono solo certificati con timbro e firma del medico curante.  
Non si accettano dichiarazioni di altre figure sanitarie e referti di analisi in assenza di certificazione medica.  
La documentazione fornita potrebbe essere soggetta a valutazione del Servizio Sanitario Locale.*

In qualità di genitore/tutore dell'utente e allo stato delle mie conoscenze attuali dichiaro che la dieta sanitaria richiesta:  
 è da considerare "A RISCHIO VITA" (rischio di shock anafilattico, ricovero ospedaliero, gravi reazioni allergiche...)  
 non è da considerare a rischio vita

In caso di dieta per celiachia/priva di glutine, verranno somministrati pane senza glutine o gallette di riso.

Il sottoscritto dichiara di sapere che, per sospendere o variare la dieta speciale durante l'anno scolastico, dovrà far pervenire nuova documentazione (rinvio del presente modulo e nuovo certificato medico in caso di dieta sanitaria).

La richiesta ha valore per l'anno scolastico 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_ .

Data .....

Firma .....