

**MODELLO 11A - 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:

- o **Dieta nuova** In questo caso occorre presentare un certificato medico (medico specialista in allergologia ed immunologia clinica o gastroenterologia) che attesti la necessità di seguire un regime dietetico particolare.
- o **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 .....