

**MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI  
PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA**

**Inviare la documentazione completa al Comune di appartenenza**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel . abitazione n° \_\_\_\_\_  
cell. n° \_\_\_\_\_  
che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_  
della scuola \_\_\_\_\_

per l'anno scolastico 2022/2023

Il bambino è presente in mensa nei seguenti giorni:

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

**CHIEDE**

la somministrazione al\alla proprio\la figlio\la 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. Se si tratta di allergia da shock anafilattico far compilare al medico il modulo relativo al programma di intervento in caso di emergenza.

**Dieta speciale per celiachia a tal fine si allega:**

- certificazione del medico curante con diagnosi

**Dieta speciale per altre condizioni permanenti a tal fine si allega:**

- certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_