

(modulo A)

**RICHIESTA DI TABELLA DIETETICA MODIFICATA  
PER INTOLLERANZA / ALLERGIA ALIMENTARE / ALTRA PATOLOGIA**

Io sottoscritto/a .....

genitore/tutore del bambino/a .....

nato/a ..... il .....

residente nel Comune di .....

Via ..... N° .....

N° telefono ..... N° cellulare .....

iscritto alla scuola ..... classe .....

nel Comune di .....

usufruisce del servizio mensa nei seguenti giorni: (specificare)

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> lunedì    | <input type="checkbox"/> martedì        |
| <input type="checkbox"/> mercoledì | <input type="checkbox"/> giovedì        |
| <input type="checkbox"/> venerdì   | <input type="checkbox"/> tutti i giorni |

**CHIEDO**

che vengano apportate modifiche alla tabella dietetica in vigore nella scuola sopra citata per l'anno scolastico .....

**ALLEGO**

la certificazione medica nel rispetto delle indicazioni riportate sul retro.

Il sottoscritto acconsente che l'ASL VCO tratti i propri dati personali (comuni e sensibili) purché tale trattamento sia svolto nei limiti imposti da leggi, regolamenti, alle Pubbliche Amministrazioni, per lo svolgimento dei fini istituzionali.

Data .....

Firma .....

**N.B. IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI E RESTITUITO AL RESPONSABILE DELLE MENSE SCOLASTICHE DEL COMUNE / DELL'ISTITUTO, CHE PROVVEDERA' AD INVIARLO ALL'ASL VCO - SIAN - STRUTTURA SEMPLICE DI NUTRIZIONE, PER GLI OPPORTUNI PROVVEDIMENTI.**

## TIPOLOGIE DI CERTIFICAZIONE MEDICA:

- ✓ **Richiesta di dieta speciale per allergia alimentare accertata**  
(la certificazione dovrà essere compilata da un Medico di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia *oppure in alternativa* dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN solo sulla base di documentazione redatta da una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia)
  
- ✓ **Richiesta temporanea di dieta speciale per sospetta allergia alimentare**  
(la certificazione dovrà essere compilata dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN o da un Medico di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia)
  
- ✓ **Richiesta di dieta speciale per intolleranza alimentare**  
(la certificazione dovrà essere compilata dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN)
  
- ✓ **Richiesta di dieta speciale per altre patologie che necessitano di dietoterapia**  
(la certificazione dovrà essere compilata dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN sulla base di documentazione redatta da uno Specialista Ospedaliero)