



(modulo A)

**RICHIESTA DI VARIAZIONE MENU' SCOLASTICO  
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 .....

Indirizzo di posta elettronica .....

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 al menù in vigore nella scuola sopra citata per l'anno scolastico .....

**ALLEGO**

la certificazione medica nel rispetto delle indicazioni riportate sul retro.

Il sottoscritto autorizza l'ASL VCO al trattamento dei 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 provvederà a 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)