

**RICHIESTA DIETA SPECIALE – SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA
ANNO SCOLASTICO 2024/2025**

Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

Genitore/affidatario/tutore legale di (Cognome e Nome del figlio) _____

Docente _____

Nato/a a _____ il _____ C.F. _____

Residente a _____ Via _____

Telefono _____ e-mail _____

Iscritto/a per l'a.s. 2024/2025 alla scuola _____ Classe _____

GIORNI DI RISTORAZIONE

LUN MART MERC GIOV VEN

RICHIEDE:

- Attivazione dieta speciale di cui si allega (barrare la casella)
- Sospensione dieta (barrare la casella)
- Rinnovo (per quanto riguarda le diete **SENZA GLUTINE, SENZA FAVE e SENZA PISELLI** occorre annualmente il presente modulo, allegando **sempre** un certificato medico anche non recente).

DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA

(è necessario allegare certificato medico redatto secondo i moduli regionali allegati)

- Allegato 1 A (temporanea sospetta allergia alimentare)
- Allegato 1 B (allergia alimentare accertata)
- Allegato 1 C (intolleranza alimentare)
- Allegato 1 D (patologie che necessitano di dietoterapia)

DIETA ETICO-RELIGIOSA SENZA CERTIFICATO MEDICO

- DIETA SENZA CARNE DI MAIALE
- DIETA SENZA CARNE (si pesce, latte e uova)
- DIETA SENZA CARNE E PESCE (si latte e uova)
- DIETA SENZA PROTEINE ANIMALI (o DIETA VEGANA)

Tutti i certificati medici devono riportare la durata della dieta e scadono dopo 1 anno dalla data del rilascio, tranne nel caso di celiachia e favismo (vedi sopra rinnovo).

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte e firmato, con allegato la certificazione medica dovrà essere consegnato all'Ufficio Scuola del Comune di riferimento.

Data _____

Firma leggibile _____