

RICHIESTA DIETA SPECIALE
per l'anno scolastico

AI COMUNE di BIASSONO

Il/la sottoscritto/a genitore

Cognome	Nome
Residente in	/n. civico
<u>Recapiti telefonici:</u> abitazione tel.: - cellulare:	

dell'alunno/a:

Cognome	Nome
Nato a	il
Scuola	classe e sezione

PRESENTA RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER

(barrare la voce che interessa)

- INTOLLERANZA O ALLERGIA ALIMENTARE, FAVISMO** - *allegare al presente modulo: certificazione medica corredata dagli esiti di test allergologici riconosciuti dalla comunità scientifica internazionale (ad es. test cutanei, dosaggio di Ige Specifiche, test di scatenamento, breath test) e/o certificazione specialistica allergologica.*
- CELIACHIA** - *allegare al presente modulo: certificazione medica o di centro specialistico corredata di prescrizione dietetica specifica con l'indicazione degli alimenti privi di glutine.*
- DIABETE** - *allegare al presente modulo: certificazione medica o di centro specialistico con prescrizione corredata dagli esiti di test allergologici riconosciuti dalla comunità scientifica internazionale (ad es. test cutanei, dosaggio di Ige specifiche, test di scatenamento, breath test) e/o certificazione specialistica allergologica*
- MALATTIA METABOLICA CHE NECESSITA DELL'ESCLUSIONE DI ALCUNI ALIMENTI DALLA DIETA** - *allegare al presente modulo: certificazione medica o di centro specialistico corredata della dieta personalizzata, calcolata dal centro malattie metaboliche o dallo specialista di riferimento.*
- SOVRAPPESO** - *allegare al presente modulo: certificazione medica con richiesta di dieta ipocalorica sulla quale sia indicata anche l'entità della restrizione calorica che preveda la suddivisione del fabbisogno calorico giornaliero.*
- IPERTENSIONE** - *allegare al presente modulo: certificazione con richiesta di dieta iposodica.*
- ALTRO** - *allegare al presente modulo: certificazione medica.*

SI IMPEGNA a

trasmettere, nel più breve tempo possibile, al Servizio Pubblica Istruzione del Comune di Biassono, eventuali ulteriori aggiornamenti della certificazione prodotta e/o comunicare la revoca della dieta speciale concessa.

Dichiaro di essere informato che il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30.6.2003, è indispensabile ai fini dell'erogazione dei servizi in parola.

Biassono, _____

(firma del genitore