



RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE Modello A

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

Operatore scolastico/Docente _____

tel _____ indirizzo mail _____@_____

scuola di riferimento _____ classe/sezione _____

per l'anno scolastico _____

CHIEDE

La preparazione di un particolare regime alimentare per **motivi di salute**

NUOVA DIETA

Occorre presentare una certificazione medica (del medico curante o del Servizio Sanitario Nazionale) che attesti la necessità di seguire una dieta particolare.

DIETA RICONFERMATA

Occorre presentare una certificazione medica Aggiornata (del medico curante o del Servizio Sanitario Nazionale)

Tutti i certificati medici devono riportare la durata della dieta e scadono dopo un anno dalla data di rilascio (tranne **celiachia e favismo**)

L'alunno/a è presente a mensa il (barrare le caselle corrispondenti) : tutti i gg. oppure :

Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì

Nell'ambito della corretta gestione di tutte le diete speciali, per garantire un presidio ulteriore nelle situazioni più gravi, dichiara, allo stato delle proprie conoscenze, che la dieta richiesta

è da considerarsi **"a rischio vita"**, cioè il cui non rispetto è a rischio vita o è causa di gravi effetti per la salute, per la quale si prevede la fornitura giornaliera di tutti gli alimenti in monoporzione.

è da considerarsi **"non a rischio vita"**, cioè il cui non rispetto NON è a rischio vita, per la quale si prevede la fornitura del solo alimento sostitutivo in monoporzione.

Modalità di consegna:

- **a mano: c/o l'Ufficio Refezione Scolastica - piazza Matteotti, 31**
- **per e-mail : l.lorini@cir-food.it**
- **per fax 055 253474**

Il richiedente dichiara fin da ora di essere informato ai sensi del D.Lgs. N.196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma del richiedente _____