

MOD A

Modulo richiesta dieta speciale per motivi di salute con presentazione di certificazione medica

**Al Responsabile del Servizio 2 - Pubblica Istruzione
Comune di Massa Lubrense**

Il/la sottoscritto/a _____

(nome e cognome del genitore o tutore)

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

residente nel Comune di _____

alla Via _____ n. _____ Tel. _____

indirizzo e-mail _____

genitore/affidatario/tutore esercente la responsabilità genitoriale del/lla bambino/a

(nome e cognome del/lla bambino/a)

che per l'anno scolastico 2021/2022 frequenta la scuola:

CHIEDE

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

DICHIARA

di aver preso visione dell'Informativa comunale per la Privacy ai sensi del Regolamento europeo per la protezione dei dati 2016/679 (GDPR).

ALLEGA

- Certificato medico per dieta speciale per motivi sanitari, rilasciato da pediatra o medico di medicina generale o medico specialista in allergologia ed immunologia clinica o gastroenterologia, che attesti la necessità di seguire un regime dietetico particolare.

Data

Firma del richiedente

CERTIFICATO MEDICO PER DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI

Modello di **fac-simile** da rilasciare a cura del pediatra di libera scelta o medico di medicina generale o medico specialista in allergologia ed immunologia clinica o gastroenterologia

Certifico che il paziente

Nato/a a:.....il

È affetto da.....

E pertanto non può assumere il/i seguente/ti alimento/i

In caso di allergia/intolleranza alimentare specificare il metodo di diagnosi:

- Prick test (prove allergiche cutanee)
- Rast (dosaggio IgE specifiche)
- Altro test (precisare quale)

Specificare se, in caso di soggetti allergici, in passato si sono verificate reazioni anafilattiche e/o è stato prescritto l'auto- iniettore di adrenalina Fastjekt (auto-iniettore) :

.....

Tale disposizione è necessaria ed indispensabile per la salute del paziente per il periodo

da al

Massa Lubrense,

Timbro e firma del Medico