

**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 (sì pesce, latte e uova)
- DIETA SENZA CARNE E PESCE (sì 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 \_\_\_\_\_



