

## Modello dieta speciale per motivi di salute con presentazione di certificazione medica - Modello A

Al Sindaco del Comune di Prato

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
 genitore<sup>1</sup> del/la bambino/a \_\_\_\_\_  
 abitante in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
 che frequenta la scuola \_\_\_\_\_ per l'anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_  
 indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

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

<input type="checkbox"/> <b>Dieta nuova</b>	<input type="checkbox"/> <b>Riconferma dieta</b>
In questo caso occorre presentare un certificato medico (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.	In questo caso occorre presentare un certificato medico aggiornato solo nel caso di <u>allergie e/o intolleranze</u> , e non di altre malattie metaboliche (diabete, fenilchetonuria, favismo ect...) e celiachia.

**Tempi di attuazione della dieta: 7 gg. dalla consegna della documentazione all'U.O. Refezione Qualità**

Il richiedente dichiara fin da ora di essere informato ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 (T.U.) che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

### ALLEGA

- Certificato medico per dieta speciale per motivi sanitari

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**Spazio riservato all' U.O. Refezione**

**Data di inserimento** \_\_\_\_\_

**Da inviare** per e-mail a [refezione@comune.prato.it](mailto:refezione@comune.prato.it) o per fax al n. 0574 1837345  
 oppure **consegnare** a mano c/o l'U.O. Refezione Scolastica in Via S.Caterina, 17, -  
 orario : lunedì e giovedì dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00, il mercoledì dalle 9.00 alle 13.00;  
 Telefono: 0574 1835171/72/73

<sup>1</sup> O affidatario che esercita la patria potestà

**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 .....

Prato, .....

Timbro e firma del Medico