



MOD.A1 MODULO RICHIESTA DIETA SANITARIA

Anno scolastico 2026/2027
RICHIESTA DIETA SPECIALE SANITARIA

Il/la richiedente.....
In qualità di genitore/tutore di
Frequentante la scuola dell'infanzia / primaria di
Classe.....sezione

CHIEDE CHE AL PROPRIO FIGLIO VENGA FORNITA DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI
(barrare la casella interessata)

- ☐ Dieta speciale per allergia
- ☐ Dieta per intolleranza
- ☐ Dieta per favismo
- ☐ Dieta per diabete
- ☐ Dieta per celiachia
- ☐ Altro.....

SPECIFICARE GLI ALIMENTI DA NON SOMMINISTRARE

.....
.....

SI CHIEDE INOLTRE DI INDICARE SE:

- ☐ **AMMETTE** alimenti con dicitura "Può contenere tracce di..."
- ☐ **NON AMMETTE** alimenti con dicitura "Può contenere tracce di..."

SI CHIEDE DI PRESENTARE UN CERTIFICATO MEDICO RIPORTANTE LE SEGUENTI INDICAZIONI:

- diagnosi (allergia, intolleranza, diabete, celiachia ecc.)
- gravità (in caso di allergia con possibilità di anafilassi grave, la stessa deve essere chiaramente indicata nel certificato)
- prescrizione dietetica specifica con indicazione di alimento/i – additivo/i – conservante/i da escludere
- durata della prescrizione (non superiore all'anno salvo nei casi di patologia di natura genetica/cronica)
- schema dietetico e/o grammature se necessari

RECAPITI PER EVENTUALI COMUNICAZIONI

Recapiti telefonici di entrambi i genitori/tutori.....
Indirizzo email leggibile.....

Il/la richiedente, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316,337, ter e 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Data _____

Firma _____