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

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto di Istruzione Superiore "V. Almanza- A. D'Ajetti" - Omnicomprensivo di Pantelleria

I sottoscritti genitori/tutori (nome e cognome dei genitori e/o tutori)

- 1) _____
Nato/a il ____ / ____ / _____, a _____, in provincia di (_____)
Residente a _____, in provincia di (_____)
- 2) _____
Nato/a il ____ / ____ / _____, a _____, in provincia di (_____)
Residente a _____, in provincia di (_____)

In qualità di genitore/tutore legale del/la alunno/a: _____

(nome e cognome)

Sezione/classe _____ [] scuola infanzia _____ [] scuola primaria Capoluogo

Nato/a il ____ / ____ / _____, a _____, in provincia di (_____) ,

Residente a _____, in provincia di (_____))

CHIEDONO

la preparazione di un particolare regime alimentare per **motivi di salute** (certificato medico allegato)

DICHIARANO

- a) di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati personali di riferimento è visionabile al seguente [link](#) e di acconsentire al trattamento dei dati ai sensi della vigente normativa (Reg. UE 2016/679).
- b) di essere consapevoli che le informazioni contenute nel presente modulo e la certificazione medica allegata potranno essere comunicate al Comune di Pantelleria e/o alle ditte esterne che gestiscono il servizio mensa allo scopo di predisporre il menù particolare richiesto.

ALLEGANO

- Certificato medico per dieta speciale per motivi sanitari

Firma della persona indicata al numero 1 (leggibile) _____

Firma della persona indicata al numero 2 (leggibile) _____

Pantelleria lì, _____

In caso di firma di un solo genitore:

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver fatto la scelta/richiesta in osservanza delle 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".

Pantelleria, lì, _____

Firma leggibile

.....

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

nel caso di necessità di utilizzo di prodotti dietetici speciali è necessario farlo presente nel medesimo certificato.

Data, ...

Timbro e firma del Medico