

Alla IRIDE Società Cooperativa Sociale  
Via C. Battisti 2/I  
05021 Acquasparta (TR)

Oggetto: Richiesta predisposizione Dieta Speciale

I sottoscritti \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

genitori di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

frequentante per l'anno scolastico 20\_\_\_/20\_\_\_ l'Istituto Comprensivo

scuola \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

**1) Fa presente che il proprio figlio è affetto da:**

- Intolleranza alimentare
- Allergia alimentare
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)
- Obesità - sovrappeso
- Gastrite, gastroduodenite persistente
- Chetosi transitoria
- Altro \_\_\_\_\_

**2) Fa presente che il proprio figlio come conseguenza di altre patologie (da specificare) non può assumere i seguenti alimenti:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allo scopo si allega certificato medico recente**

Il certificato medico deve essere recentemente rilasciato dai Pediatri di libera scelta o dagli Specialisti in allergologia o malattie metaboliche con diagnosi della patologia e prescrizione dettagliata degli alimenti / ingredienti da utilizzare e/o precisa indicazione terapeutica; nel caso di necessità di utilizzo di prodotti dietetici speciali è necessario farlo presente nel medesimo certificato.

**3) Fa presente che il proprio figlio per motivi etici o religiosi non può assumere:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

4) **Fa presente che il proprio figlio ha necessità di essere sottoposto a dieta sanitaria leggera :**

- Temporanea fino a tre giorni**  
 **Durata di oltre tre giorni**

5) **Fa presente che il proprio figlio sospende la dieta speciale precedentemente richiesta e può seguire il menù scolastico a partire da** \_\_\_\_\_

Alla presente si allega:

Certificato medico attestante la patologia (allergia, intolleranza alimentare, malattia metabolica, obesità /soprappeso, necessità di dieta in bianco oltre i tre giorni) ed eventuale documentazione allegata

**N.B.** *La richiesta per le dieta speciale va rinnovata annualmente*

Data \_\_\_\_\_

Firma entrambi i genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a prende atto che, in riferimento al Regolamento UE 2016/679 e al D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), i dati personali e/o sensibili forniti nel presente modulo e/o i documenti allegati saranno oggetto di trattamento ai soli fini della elaborazione della dieta speciale e dello adattamento della tabella dietetica del centro cottura .

Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini di predisporre la dieta speciale o la dieta blanda.

Il diniego a fornire i dati personali e a sottoscrivere il consenso non consentirà di predisporre a Suo figlio/a la dieta.

I dati saranno utilizzati per finalità di carattere istituzionale e non saranno oggetto di diffusione.

Data \_\_\_\_\_

Firma entrambi i genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**N.B.** *si allega copia dei documenti di identità dei genitori*