



**ALLEGATO G) D.D. N. 409/2024**  
**MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE A.S. 2024/2025**

Il/la sottoscritto/a (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono Abitazione \_\_\_\_\_ Tel. Ufficio \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Genitore o tutore del /la **bambino/a** \_\_\_\_\_

Frequentate (nell'anno scolastico 2024/2025) la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

Della scuola \_\_\_\_\_  Infanzia  Primaria

(indicare il nome della scuola e barrare la casella di riferimento)

Il/la bambino/a è presente in mensa nei seguenti giorni:

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

**CHIEDE**

la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di: *(barrare la casella interessata)*

**Dieta speciale per:** Celiachia  Favismo  Diabete

a tal fine si allega:

- Certificato del medico (Pediatra o Libera scelta) con diagnosi o copia dello stesso anche se con data antecedente l'anno di riferimento.

**Dieta speciale per: allergia, intolleranze alim. o altre condizioni certificate dal medico**

a tal fine si allega:

- Certificato del medico (Pediatra o Libera scelta) originale con diagnosi ed elenco preciso degli alimenti che devono essere esclusi dal menù.

In caso di celiachia o altre patologie permanenti il certificato è obbligatorio solo per i nuovi iscritti. Negli altri casi il certificato medico deve avere una data non superiore a mesi tre.

**Dieta speciale per motivi:** etnici  religiosi  vegetariani

a tal fine si dichiara:

Il genitore/tutore sotto la propria responsabilità ed in accordo con il pediatra del proprio figlio/a richiede che vengano eliminati dal menù i seguenti alimenti: *(da indicare in maniera chiara e soltanto quelli attinenti alla motivazione)*.

Data

Firma