



## COMUNE DI BELVEDERE MARITTIMO

(PROVINCIA DI COSENZA)

87020 – via Maggiore Mistorni – tel. 0985 887411 fax 8874109

e-mail [protbelvedere@tiscali.it](mailto:protbelvedere@tiscali.it) sito web [www.comune.belvedere-marittimo.cs.it](http://www.comune.belvedere-marittimo.cs.it)

Prot. N. 14083

Belvedere M.mo, 05.10.2017

SPETT.LE  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
BELVEDERE M.MO

Oggetto: Servizio di refezione scolastica - anno scolastico 2017/2018.

**Richieste diete personalizzate.**

Si trasmettono, in allegato, i modelli indicati dall'ASP da utilizzare per le richieste di diete personalizzate.

Si trasmette, altresì, il fac-simile di certificazione medica, indicato anch'esso dall'ASP, da consegnare al genitore che intenda avanzare, per il figlio, richiesta di dieta personalizzata, affinché il pediatra certifichi i relativi motivi di salute.

Secondo le disposizioni dell'ASP, i genitori faranno richiesta di dieta speciale per motivi di salute (modulo A per la domanda e fac-simile all. 1 per certificato medico) o richiesta di dieta speciale per motivi religiosi (modulo B) direttamente all'ufficio comunale scrivente, prima dell'avvio del servizio mensa.

Distinti saluti.



Il Resp. 1<sup>a</sup> Servizio di Segreteria  
Arnone

## MODULO A: RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

in qualità di:

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola

Infanzia     primaria     secondaria di 1° grado

denominata \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

Operatore scolastico/ docente presso la Scuola

Infanzia     primaria     secondaria di 1° grado

denominata \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

Ai fini della fruizione del servizio mensa per l'a.s. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

La somministrazione di dieta speciale per:

- ALLERGIA ALIMENTARE   
(si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione).
- INTOLLERANZA ALIMENTARE   
(si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione).
- CELIACHIA   
(si allega certificato medico con diagnosi).
- DIETA SPECIALE PER ALTRE CONDIZIONI PERMANENTI QUALI MALATTIE METABOLICHE/ DEFICIT ENZIMATICI   
(si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione).

I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 (art.13).

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

## MODULO B: RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI ETICO/RELIGIOSI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

in qualità di:

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola

infanzia     primaria     scuola secondaria di 1° grado

denominata \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

Operatore scolastico/ docente presso la Scuola

infanzia     primaria     scuola secondaria di 1° grado

denominata \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

Ai fini della fruizione del servizio mensa per l'a.s. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

La somministrazione di dieta speciale per motivi etico/religiosi:

- Dieta priva di carne di maiale
- Dieta priva di ogni tipo di carne
- Dieta vegetariana (priva di carne e pesce)

I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 (art.13).

FIRMA

Data \_\_\_\_\_

**FAC-SIMILE DI CERTIFICATO MEDICO CON LE MINIME INDICAZIONI NECESSARIE  
PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA**

Data \_\_\_\_\_

Si certifica che il bambino \_\_\_\_\_ M  F

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

da quanto riferito dal genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale: \_\_\_\_\_

Sig.re/ra \_\_\_\_\_

frequentante per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ la scuola:

nido     infanzia     primaria     secondaria di I° grado

(barrare la scuola che interessa)

denominata \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE (SPECIFICARE \_\_\_\_\_)

INTOLLERANZA ALIMENTARE (SPECIFICARE \_\_\_\_\_)

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO:

(SPECIFICARE \_\_\_\_\_)

Pertanto:

Si richiede una dieta priva dei seguenti alimenti:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allega alla presente certificazione, in considerazione della particolare patologia sopra indicata, la dieta specifica.

Timbro e firma del Pediatra di Libera Scelta/Specialista