

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

Al Sindaco del Comune di Prato

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____
 genitore¹ del/la bambino/a _____
 abitante in via _____ tel. _____
 che frequenta la scuola _____ per l'anno scolastico ____/____
 indirizzo e-mail _____

CHIEDE

La preparazione di un particolare regime alimentare per motivi di salute:

<input type="checkbox"/> Dieta nuova In questo caso occorre presentare un certificato medico (pediatra o medico di medicina generale o medico specialista in allergologia ed immunologia clinica o gastroenterologia) che attesti la necessità di seguire un regime dietetico particolare.	<input type="checkbox"/> Riconferma dieta In questo caso occorre presentare un certificato medico aggiornato solo nel caso di <u>allergie/o intolleranze</u> , e non di altre malattie metaboliche (diabete, fenilchetonuria, favismo ect...) e celiachia.
--	--

Tempi di attuazione della dieta: 7 gg. dalla consegna della documentazione all'U.O. Refezione Qualità

Il richiedente dichiara fin da ora di essere informato ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 (T.U.) che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ALLEGA

- Certificato medico per dieta speciale per motivi sanitari

Data

Firma del richiedente

Spazio riservato all'U.O. Refezione

Data di inserimento _____

Da inviare per e-mail a refezione@comune.prato.it o per fax al n. 0574 1837345
 oppure **consegnare** a mano c/o l'U.O. Refezione Scolastica in Via S. Caterina, 17, -
 orario: lunedì e giovedì dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00, il mercoledì dalle 9.00 alle 13.00;
 Telefono: 0574 1835171/72/73

¹ O affidatario che esercita la patria potestà

Certificato medico per richiesta dieta speciale per motivi sanitari

Modello facsimile 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 _____

Prato, _____

Timbro e firma del Medico
