

**CERTIFICAZIONE  
PER RICHIESTA DIETA DIFFERENZIATA  
REFEZIONE SCOLASTICA**

La Direzione del NIDO D'INFANZIAIA, informa che può essere adottato il regime dietetico:  
*(contrassegnare con una x il regime dietetico prescelto)*

- INTOLLERANZA AL GLUTINE
- INTOLLERANZA ALLE PROTEINE DELL'UOVO
- INTOLLERANZA ALLE PROTEINE DEL LATTE VACCINO
- INTOLLERANZA ALLE PROTIENE DEL LATTE VACCINO E UOVO
- INTOLLERANZA AL PESCE
- MENU PRIVO DI CARNE SUINA
- MENU VEGETARIANO

EVENTUALI SEGNALAZIONI SPECIFICHE

REGIME DIETETICO PERSONALIZZATO DI CUI SI FA RICHIESTA *(nel caso di intolleranze alimentari, specificare con chiarezza gli alimenti non tollerati):*

Data

Timbro e firma del Sanitario

# MODULO DI RICHIESTA DIETA DIFFERENZIATA REFEZIONE SCOLASTICA

(da compilare **IN STAMPATELLO** a cura del **genitore** e da presentare alla scuola frequentata dall'alunno)

Il/La sottoscritto/a COGNOME ..... NOME .....

Genitore dell' ALUNNO:

COGNOME ..... NOME .....

LUOGO E DATA DI NASCITA .....

RESIDENTE IN ..... ALLA VIA .....

CAP..... RECAPITO TELEFONICO .....

Frequentante l'anno educativo 2015/2016

CHIEDE

Per il predetto minore l'applicazione di regime dietetico differenziato per la seguente motivazione:

.....  
.....  
.....  
.....

Allega certificazione medica in originale.

**Il richiedente dichiara di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30/6/2003 n.196 che i dati riportati nel presente modello e/o nella documentazione allegata saranno trattati esclusivamente ai fini dell'elaborazione ed erogazione della dieta differenziata per cui viene fatta richiesta.**

DATA

.....

FIRMA

.....

