



# COMUNE DI INZAGO

Città Metropolitana di Milano

UFFICIO PUBBLICA ISTRUZIONE

## RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA Anno Scolastico .....

Il sottoscritto .....genitore

dell'alunno (cognome e nome dell'alunno) .....

Che frequenterà **nell'anno scolastico** ..... la scuola .....

classe.....sezione.....

**FA RICHIESTA DI DIETA SPECIALE per (barrare la voce che interessa):**

- Intolleranza o allergia alimentare, favismo**  
allegare al presente modulo certificazione del medico specialista o del medico curante corredata da indicazione specifica degli alimenti da escludere dalla dieta
- Celiachia**  
allegare al presente modulo certificazione del medico curante o del centro specialistico corredata di prescrizione dietetica specifica con indicazione degli alimenti privi di glutine
- Diabete**  
allegare al presente modulo certificazione del medico curante o del centro specialistico corredata da dieta specifica
- Malattia metabolica che necessita dell'esclusione di alcuni alimenti dalla dieta (es. fenilchetonuria, glicogenosi)**  
allegare al presente modulo certificazione del medico curante o del centro specialistico corredata da dieta personalizzata calcolata dal centro malattie metaboliche o dallo specialista di riferimento
- Sovrappeso**  
allegare al presente modulo certificazione medica con richiesta di dieta ipocalorica sulla quale sia indicata l'entità della restrizione calorica che preveda la suddivisione del fabbisogno calorico giornaliero

### SI IMPEGNA

- A presentare contestualmente al presente modulo la certificazione prevista per l'introduzione della dieta speciale dal primo giorno di scuola
- A trasmettere subito all'Ufficio Pubblica Istruzione del Comune eventuali aggiornamenti della certificazione presentata

Inzago, li .....

Firma del genitore

I dati personali saranno trattati per i soli fini istituzionali nel rispetto delle disposizioni vigenti ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati UE 2016/679