



**COMUNE DI PIEVE A NIEVOLE**  
(Provincia di Pistoia)  
SETTORE PUBBLICA ISTRUZIONE E AFFARI SOCIALI

**Modulo Richiesta Dieta Speciale per motivi di salute (da compilare a cura del medico curante)**  
**Anno scol.**

**DATI BAMBINO/A:**

Cognome		Nome	
Luogo di Nascita	Data di Nascita	Codice Fiscale	
Comune di Residenza		CAP	
Indirizzo di Residenza (via / Piazza)		n° Civico	
Nome della scuola che frequenterà nell'anno scolastico		Classe	Sezione
Giorni di pasto a scuola		Medico curante	

**SI RICHIEDE la produzione di DIETA SPECIALE per:**

**INTOLLERANZA ALIMENTARE**

**per** (precisare alimento/i che generano intolleranza):

A tal proposito si precisa che il bambino/a:

- può assumere alimenti contenenti tracce
- non può assumere alimenti contenenti tracce



**COMUNE DI PIEVE A NIEVOLE**  
(Provincia di Pistoia)  
SETTORE PUBBLICA ISTRUZIONE E AFFARI SOCIALI

Oppure

**ALLERGIA ALIMENTARE**

**per** (precisare alimento/i che generano intolleranza):

A tal proposito si precisa che il bambino/a:

- può assumere alimenti contenenti tracce
- non può assumere alimenti contenenti tracce

OPPURE:

**MALATTIA METABOLICA**

**Specificare**

**ALTRA PATOLOGIA**

**Specificare**

Si dichiara inoltre che la situazione suddetta:

- è da considerarsi “A RISCHIO VITA” ovvero l’assunzione accidentale degli alimenti vietati è causa di gravi effetti per la salute come ad esempio shock anafilattico.
- è da considerarsi “NON A RISCHIO VITA” ovvero l’assunzione accidentale degli alimenti vietati non causa shock né altri gravi effetti per la salute.

Si indica la durata della dieta:

- intero anno scolastico
- periodo dal.....al.....

Luogo e data,

TIMBRO E FIRMA MEDICO CURANTE