



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