

Richiesta diete speciali per l'a.s. _____

Al Dirigente Scolastico
I.C. Magistri Intelvesi
San Fedele Intelvi

Il sottoscritto _____

residente in via _____

comune _____ tel. _____

genitore di _____

frequentante nell'a.s. _____ la scuola _____ classe _____

FA PRESENTE CHE IL PROPRIO FIGLIO NECESSITA PER L'A.S. _____ DI DIETA SPECIALE PERCHE' AFFETTO DA:

- intolleranza alimentare a (specificare alimento/i) _____
- allergia alimentare a (specificare alimento/i) _____
- malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo etc) (specificare) _____
- altro _____

Al fine di aiutare a garantire, nell'ambito di una corretta gestione della dieta di tutti, il massimo e assoluto presidio per le situazioni più gravi,

dichiaro,

nella mia qualità di genitore e allo stato delle mie conoscenze attuali, che la dieta richiesta per mio figlio:

è da considerare "per la vita", nel senso che mio figlio è a rischio di shock anafilattico, ricovero ospedaliero o altri gravi conseguenze

ha natura sanitaria, ma non è a rischio vita

- Il sottoscritto allega certificato medico in originale. **Si accolgono certificati di pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche.**

- Il sottoscritto dichiara di sapere che, per sospendere o variare la dieta speciale durante l'anno scolastico, dovrà far pervenire un nuovo certificato medico. La richiesta ha valore ANNUALE.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n° 196/ 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali": i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra, si riferisce.

Data _____

Firma _____