



(modulo A)

**RICHIESTA DI VARIAZIONE MENU' SCOLASTICO  
PER INTOLLERANZA / ALLERGIA ALIMENTARE / ALTRA PATOLOGIA**

Io sottoscritto/a .....

genitore/tutore del bambino/a .....

nato/a ..... il .....

residente nel Comune di .....

Via ..... N° .....

N° telefono ..... N° cellulare .....

Indirizzo di posta elettronica .....

iscritto alla scuola ..... classe .....

nel Comune di .....

usufruisce del servizio mensa nei seguenti giorni: (specificare)

lunedì

martedì

mercoledì

giovedì

venerdì

tutti i giorni

**CHIEDO**

che vengano apportate modifiche al menù in vigore nella scuola sopra citata  
per l'anno scolastico .....

**ALLEGO**

la certificazione medica nel rispetto delle indicazioni riportate sul retro.

Il sottoscritto autorizza l'ASL VCO al trattamento dei propri dati personali (comuni e sensibili), purché tale trattamento sia svolto nei limiti imposti da leggi, regolamenti, alle Pubbliche Amministrazioni, per lo svolgimento dei fini istituzionali (ai sensi del GDPR – Regolamento UE 2016/679)

Data .....

Firma .....

**N.B. Il presente modulo va compilato in tutte le sue parti e restituito al Responsabile delle mense scolastiche del comune / dell'istituto, che provvederà a inviarlo all'ASL VCO - SIAN - Area Nutrizione, per gli opportuni provvedimenti.**

## **TIPOLOGIE DI CERTIFICAZIONE MEDICA:**

✓ **Richiesta di dieta speciale per allergia alimentare accertata**

(la certificazione dovrà essere compilata da un Medico di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia *oppure in alternativa* dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN solo sulla base di documentazione redatta da una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia)

✓ **Richiesta temporanea di dieta speciale per sospetta allergia alimentare**

(la certificazione dovrà essere compilata dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN o da un Medico di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia)

✓ **Richiesta di dieta speciale per intolleranza alimentare**

(la certificazione dovrà essere compilata dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN)

✓ **Richiesta di dieta speciale per altre patologie che necessitano di dietoterapia**

(la certificazione dovrà essere compilata dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN sulla base di documentazione redatta da uno Specialista Ospedaliero)