



RICHIESTA DIETA SPECIALE

ANNO SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a.....

genitore di.....

classe

DICHIARA CHE il/la proprio/a figlio/a a causa allergie/intolleranze non può assumere i seguenti alimenti:

.....
.....
.....
.....
.....

ALLEGA CERTIFICAZIONE MEDICA conforme a quanto richiesto dalla ASL.

DIETE SPECIALI:

DESCRIZIONE: A fronte di specifiche patologie, il Servizio Nutrizione elabora diete speciali nelle scuole. **Il genitore che necessita di questo servizio ne fa richiesta all'Ufficio Comunale competente o alla Scuola Privata frequentata dal figlio.**

Questi provvedono ad inviarla alle sedi operative del Servizio. **Alla richiesta devono essere allegate la certificazione medica del Pediatra di Libera Scelta, di altro Specialista competente o del Medico di Medicina Generale e la tabella dietetica in vigore presso la scuola frequentata dal bambino. In caso di allergie o intolleranze, occorre allegare anche i test allergologici o altre analisi specifiche.**

COSTO: La prestazione è a pagamento, in base al tariffario in vigore approvato dalla ASL3. Per conoscere l'esatto importo del costo della prestazione è possibile contattare anche telefonicamente le Segreterie delle sedi indicate. Il versamento dei diritti sanitari dovrà essere effettuato sul c/c..... intestato a ASL

(cit. da sito internet ASL Monza e Brianza)

N.B. L'ISTITUTO MADDALENA DI CANOSSA EFFETTUA GRATUITAMENTE IL CAMBIO DI DIETA, DIETRO PRESENTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SOPRACITATA.

Data Firma.....