



**ALLEGATO I**  
**Richiesta di dieta speciale per allergia alimentare accertata**

La certificazione dovrà essere compilata da un Medico in STAMPATELLO

COGNOME E NOME:.....

CLASSE:.....

MAIL GENITORE: .....

CELL.....

Dati del medico curante in caso di eventuali delucidazioni da parte del servizio dietetico MEDICO

CURANTE.....

INDIRIZZO:..... TEL:.....

MAIL.....

**(N.B. per le allergie alimentari accertate la dieta decadrà al termine dell'anno scolastico in corso)**

- proteine del latte vaccino (latte bovino e derivati; alimenti contenenti proteine dellatte); il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di carne bovina? SI NO altre note.....
  - proteine dell'uovo (uovo e tutti gli alimenti contenenti proteine dell'uovo); il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di carne di pollo? SI NO altre note.....
  - proteine del frumento e di tutti i cereali che possano contenere proteine analoghe dal punto di vista allergenico (orzo, farro, segale, kamut, avena)
  - proteine del pesce  
indicare quali pesci sono invece ingeriti e tollerati:.....
  - proteine della soia ( o altre leguminose comprese arachide).....
  - frutta secca con guscio (indicare quale).....
  - kiwi o altra frutta fresca (indicare quale).....
  - altri allergeni Alimentari .....
- .....
- Roma, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico

**Per il trattamento dei dati personali indicati nel presente modulo si veda l'Informativa Privacy ex art. 13 RE 679/16, pubblicata sul sito dell'Istituto.**