



ALLEGATO I Richiesta di dieta speciale per intolleranza alimentare

La certificazione deve essere compilata dal Medico competente in STAMPATELLO

COGNOME E NOME:.....

CLASSE:.....

MAIL GENITORE:.....

CELLULARE:.....

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

MEDICO CURANTE.....

INIDIRIZZO:.....CELL:.....

MAIL:.....

(N.B. per le intolleranze alimentari ad eccezione della celiachia la dieta decadrà al termine dell'anno scolastico in corso)

- Malattia celiaca
- Intolleranza al lattosio primitiva
Il bambino manifesta sintomi in seguito all'ingestione di parmigiano reggiano stagionato 24 mesi? SI NO
- Intolleranza al lattosio secondaria
Il bambino manifesta sintomi in seguito all'ingestione di parmigiano reggiano stagionato 24 mesi? SI NO
- Favismo e altri errori congeniti del metabolismo
- Altra intolleranza ai carboidrati/ diabete/ sindrome metabolica
- Altro.....
.....
.....
.....

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,