
Modello dieta speciale per motivi di salute con presentazione di certificazione medica, per il personale scolastico - Modello A1

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
"Santa Caterina" - Cagliari

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____
abitante in via _____ tel. _____
docente presso la scuola _____ classe/i _____
per l'anno scolastico ____/____
indirizzo e-mail _____

CHIEDE

La preparazione di un particolare regime alimentare per **motivi di salute** (certificato medico allegato)

Il/la sottoscritto/a è presente a mensa (barrare le caselle corrispondenti) : tutti i gg. oppure
 Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì

Oppure allegare calendario dettagliato.

DICHIARA

Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati personali pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente / Altri Contenuti / privacy del sito web istituzionale dell'istituto scolastico e di acconsentire al trattamento dei dati ai sensi della vigente normativa (Reg. UE 2016/679).

DICHIARA INOLTRE

Di essere consapevole che le informazioni contenute nel presente modulo e la certificazione medica allegata potranno essere comunicate al Comune di Cagliari e/o alle ditte esterne che gestiscono il servizio mensa allo scopo di predisporre il menù particolare richiesto.

ALLEGA

- Certificato medico per dieta speciale per motivi sanitari

Data

Firma del richiedente

Da inviare per e-mail a: caic89300g@istruzione.it o per fax al n. 070652017
oppure **consegnare** a mano c/o ufficio segreteria Via Canelles, 1 - 09124 Cagliari

CERTIFICATO MEDICO PER DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI

Modello di fac-simile da rilasciare a cura del pediatra di libera scelta o medico di medicina generale o medico specialista in allergologia ed immunologia clinica o gastroenterologia

Certifico che il paziente

Nato/a a: il

È affetto da.....

E pertanto non può assumere il/i seguente/ti alimento/i

In caso di allergia/intolleranza alimentare specificare il metodo di diagnosi:

- Prick test (prove allergiche cutanee)
- Rast (dosaggio IgE specifiche)
- Altro test (precisare quale)

Specificare se, in caso di soggetti allergici, in passato si sono verificate reazioni anafilattiche e/o è stato prescritto l'auto-iniettore di adrenalina Fastjekt (auto-iniettore) :

.....

Tale disposizione è necessaria ed indispensabile per la salute del paziente per il periodo

da al

Luogo e data,

Timbro e firma del Medico