

Alla Direzione
Scuola Bambin Gesù
Viale di Castel Porziano 316
00124 Roma

**RICHIESTA DI TABELLA DIETETICA MODIFICATA
PER INTOLLERANZA / ALLERGIA ALIMENTARE / ALTRA PATOLOGIA**

Io sottoscritto/a

genitore/tutore del bambino/a

nato/a il

residente nel Comune di

ViaN°.....

N° telefono N° cellulare

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 alla tabella dietetica in vigore nella scuola sopra citata
per l'anno scolastico

ALLEGO

la certificazione medica nel rispetto delle indicazioni riportate sul retro.

Roma,

firma

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)