

---

## Modello dieta speciale per motivi di salute con presentazione di certificazione medica - Modello A

---

Al Dirigente Scolastico  
Dell'istituto Comprensivo di Ozieri

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
genitore<sup>1</sup> del/la bambino/a \_\_\_\_\_  
abitante in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
che frequenta la scuola \_\_\_\_\_ per l'anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

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

### 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 \_\_\_\_\_ 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 [ssic848002@istruzione.it](mailto:ssic848002@istruzione.it) o per fax al n. 079 7851056  
oppure **consegnare** a mano c/o P.zza Grazia Deledda, 1 - 07014 OZIERI (SS)

---

<sup>1</sup> O affidatario che esercita la patria potestà

**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 .....

Data, .....

Timbro e firma del Medico