

|                                                                                   |                                                         |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------|
|  | <b>RICHIESTA DIETA SPECIALE<br/>PER MOTIVI SANITARI</b> | MOD/DIE/01                |
|                                                                                   |                                                         | Rev. 01 del<br>01/03/2024 |

**MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI  
PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE ANNO SCOLASTICO 2026/2027**

Da inviare via mail a: [diete.verona@euroristorazione.it](mailto:diete.verona@euroristorazione.it)

**LE DIETE VANNO RICHIESTE OGNI NUOVO A.S. - QUELLE DELL'ANNO PRECEDENTE NON SARANNO ATTIVATE SE NON VERRA' PRESENTATA LA DOCUMENTAZIONE AGGIORNATA**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
 genitore o tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
 nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 tel. abitazione n° \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
 che frequenta la  
 classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_  
 Comune di \_\_\_\_\_

l'alunno/a è presente in mensa nei seguenti giorni:

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| L | M | M | G | V |
|---|---|---|---|---|

**CHIEDE**

la somministrazione al\alla proprio\ a figlio\ a di (barrare la casella interessata)

☐ **Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a tal fine si allega:**

- ☐ Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- ☐ Liberatoria ad utilizzare alimenti con possibili tracce di \_\_\_\_\_
- ☐ Se si tratta di allergia da shock anafilattico è necessario far compilare al medico il modulo relativo al programma di intervento in caso di emergenza (da allegare alla richiesta)

☐ **Dieta speciale per celiachia a tal fine si allega:**

- ☐ certificazione del medico curante con diagnosi

☐ **Dieta per favismo**

- ☐ Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- ☐ Liberatoria ad utilizzare alimenti con possibili tracce di \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

PRIVACY: Il trattamento avverrà conformemente al Reg. EU 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche. Informativa completa disponibile presso il Comune sede di erogazione del servizio e/o il portale informatico di iscrizione al servizio.