

CERTIFICAZIONE DI DIETA SPECIALE

(la certificazione dovrà essere compilata **TASSATIVAMENTE** dal medico pediatra del SSN o da un medico delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia, da un medico specialista del SSN)

CERTIFICAZIONE

Si certifica che il/la bambino/a: _____

Nato/a a: _____ Il: _____

Residente a: _____ Via: _____

Tel. casa: _____ Recapito genitori: _____

Scuola: _____ Classe _____ Sezione _____

necessita di una dieta speciale per:

<input type="checkbox"/> allergia alimentare	<input type="checkbox"/> verrà intrapreso iter diagnostico volto a indagare una eventuale ALLERGIA ALIMENTARE per le sospette allergie ad alimenti, la certificazione avrà durata di 3 mesi e non verranno accettate certificazioni mediche che non specificano la durata della dieta diagnostica di eliminazione <input type="checkbox"/> è stata diagnostica, un' ALLERGIA ALIMENTARE per le allergie alimentari accertate la dieta decadrà al termine dell'anno scolastico in corso
<input type="checkbox"/> intolleranza alimentare	(specificare): _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> patologia	(specificare): _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> sovrappeso/obesità	

(per il bambino è consigliato mantenere il menù previsto per la ristorazione scolastica, in quanto normocalorico e bilanciato per le diverse fasce d'età, approvato dall'ASL –SIAN di competenza)

PERTANTO DOVRÀ ESCLUDERE DALLA DIETA I SEGUENTI ALIMENTI:

<u>Latte e derivati:</u>	<input type="checkbox"/> latte <input type="checkbox"/> formaggi freschi <input type="checkbox"/> formaggi stagionati <input type="checkbox"/> budino <input type="checkbox"/> cioccolato al latte	<input type="checkbox"/> burro <input type="checkbox"/> yogurt <input type="checkbox"/> latte e formaggio nelle preparazioni (tortino, polpette, hamburger, dolci, pesto, purea di patate, etc)
<u>Carne e derivati:</u>	<input type="checkbox"/> bovino <input type="checkbox"/> suino	<input type="checkbox"/> tacchino <input type="checkbox"/> pollo <input type="checkbox"/> coniglio
<u>Pesce:</u>	<input type="checkbox"/> tutti i tipi di pesce <input type="checkbox"/> solo i seguenti tipi di pesce _____	
<u>Legumi:</u>	<input type="checkbox"/> fagioli <input type="checkbox"/> ceci <input type="checkbox"/> fagiolini <input type="checkbox"/> lupini	<input type="checkbox"/> lenticchie <input type="checkbox"/> soia <input type="checkbox"/> piselli
<u>Frutta fresca di stagione:</u>	specificare il tipo di frutta _____	
<u>Verdura di stagione:</u>	specificare il tipo di verdura _____	
	<input type="checkbox"/> sia cotta che cruda	<input type="checkbox"/> solo cotta <input type="checkbox"/> solo cruda
<u>Uovo:</u>	<input type="checkbox"/> frittata/tortino <input type="checkbox"/> impanature/dorature <input type="checkbox"/> uovo nelle preparazioni (hamburger, polpette, etc)	<input type="checkbox"/> torte, crostatina, plum cake <input type="checkbox"/> biscotti <input type="checkbox"/> budino <input type="checkbox"/> pasta all'uovo
<u>Frutta secca:</u>	<input type="checkbox"/> nocciole <input type="checkbox"/> arachidi	<input type="checkbox"/> mandole <input type="checkbox"/> castagne
<u>Condimenti:</u>	<input type="checkbox"/> olio di semi vari <input type="checkbox"/> olio di arachidi	<input type="checkbox"/> olio di oliva <input type="checkbox"/> olio di mais
<u>Cereali:</u>	<input type="checkbox"/> frumento e derivati	<input type="checkbox"/> mais <input type="checkbox"/> riso

INDICARE, SE NECESSARIO, ANCHE EVENTUALI ALIMENTI CHE POSSONO PROVOCARE ALLERGIA PER REAZIONI CROCIATE

La diagnosi è stata posta in base all'esecuzione delle seguenti procedure diagnostiche che si allegano: (specificare)

Timbro e firma del medico
(specificare la qualifica, titoli specialistici, indirizzo e numero di telefono):

Data _____

Il sottoscritto _____ genitore di _____ autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi della legge 196/2003 e del Reg. UE 2016/679 consapevole che i dati, anche sensibili, nonché la loro comunicazione a enti, società autorità sanitarie, sono finalizzati all'erogazione/somministrazione della dieta speciale richiesta, per gli adempimenti connessi all'approvvigionamento delle materia prime, per gli adempimenti obbligatori previsti dalla legge connessi alla gestione del servizio.

Firma leggibile del genitore

data: _____
