



RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER ESIGENZE SANITARIE

Rev.01 – 07/2026

Dati del minore

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____ Sezione _____ Anno scolastico _____

Genitori / Esercenti la responsabilità genitoriale

Genitore _____

Genitore 2 _____

Richiesta

I sottoscritti chiedono l'applicazione di una dieta speciale per il/la proprio/a figlio/a per la seguente motivazione:

- ☐ Allergia alimentare
- ☐ Intolleranza alimentare
- ☐ Celiachia
- ☐ Diabete
- ☐ Altra patologia metabolica _____
- ☐ Altra esigenza sanitaria _____

Il minore è esposto a rischio di shock anafilattico? ☐ SÌ ☐ NO

In caso di risposta affermativa, la famiglia è invitata a prendere contatto con la Direzione al fine di definire le procedure organizzative e di sicurezza necessarie.

Documentazione da allegare

Alla presente richiesta deve essere allegata certificazione medica in corso di validità contenente la diagnosi, gli alimenti da escludere o sostituire e ogni altra prescrizione utile alla corretta predisposizione della dieta.

Durata

La dieta speciale sarà applicata dalla data di ricezione della documentazione completa fino al termine dell'anno scolastico, salvo diversa indicazione del medico o successiva comunicazione scritta della famiglia. La richiesta dovrà essere rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico o ogniqualvolta intervengano variazioni.

Sospensione della dieta speciale

☐ Si richiede la sospensione della dieta speciale a decorrere dal _____.



Comunicazioni utili

Ulteriori indicazioni del medico o della famiglia:

Privacy

I dati personali e quelli relativi alla salute saranno trattati esclusivamente per la predisposizione e la gestione della dieta speciale del minore, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. 101/2018. I dati saranno comunicati esclusivamente al personale autorizzato, alla cucina e agli eventuali consulenti incaricati, nei limiti necessari all'erogazione del servizio.

I sottoscritti dichiarano che le informazioni fornite sono complete e veritiere, si impegnano a comunicare tempestivamente ogni variazione dello stato di salute o delle prescrizioni alimentari del minore e dichiarano di esercitare congiuntamente la responsabilità genitoriale oppure di sottoscrivere il presente modulo con il consenso dell'altro esercente la responsabilità genitoriale.

Luogo e data _____

Firma Genitore	Firma Genitore