

COMUNE DI CATTOLICA

MODULO PER RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

**(SVEZZAMENTO/ SELETTIVITÀ MARCATA) PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA**

anno scolastico 20\_\_\_ / \_\_\_ bambin\_\_\_

Nato/a \_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
nel Comune di \_\_\_\_\_ tel. n° \_\_\_\_\_  
cellulare n. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
è iscritto/a al  nido d'infanzia / alla scuola  d'infanzia  primaria  
denominato/a \_\_\_\_\_  
classe \_\_\_\_\_

● \_\_\_ BAMBIN\_\_\_ PRESENTA UNA **SELETTIVITA' ALIMENTARE MARCATA** (assume non più di 4- 5 alimenti diversi)  
 il certificato dello Psicologo / Neuro-psichiatra Infantile è già in vostro possesso  
 allego il certificato dello Psicologo / Neuro-psichiatra Infantile di riferimento

● \_\_\_ BAMBIN\_\_\_, pur avendo compiuto l'anno di vita, NON HA ANCORA COMPLETATO LO **SVEZZAMENTO** E QUINDI NON ASSUME ANCORA QUESTI ALIMENTI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

allego il certificato del Pediatra di Libera Scelta

Il medico di base (Pediatra / Medico Medic. Gener.) è il Dr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTE:**

allego anche fotocopia carta d'identità (necessaria solo per invio tramite fax o e-mail, non per consegna diretta) Firma: \_\_\_\_\_

La Dietista predispone una modifica del menu effettuando scelte alimentari nell'ambito dei prodotti previsti con apporti equivalenti, presenti nella tabella merceologica.

- **I moduli vanno consegnati alla Dietista del Comune dtt.ssa Liliana Sánchez- in servizio il mercoledì e il venerdì dalle 8:30 alle ore 10:30- presso l'ufficio Servizi Educativi, oppure inviati tramite mail con firma digitale a: [sanchezliliana@cattolica.net](mailto:sanchezliliana@cattolica.net) Tel: 0541/ 966684**

**COMUNE DI CATTOLICA**

**MODULO PER RICHIESTA DI DIETA SPECIALE**

**(PER PATOLOGIA O ALLERGIA) PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA**

anno scolastico 20\_\_\_ / \_\_\_ bambin\_\_\_ \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
nel Comune di \_\_\_\_\_ tel. n° \_\_\_\_\_  
cellulare n. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
è iscritto/a al  nido d'infanzia / alla scuola  d'infanzia  primaria  
denominato/a \_\_\_\_\_  
classe \_\_\_\_\_

● \_\_\_ BAMBIN\_\_ E' **ALLERGIC\_\_ A QUESTO/I**  
**ALIMENTO/I** \_\_\_\_\_  
 il certificato dello Specialista in Allergologia / Gastro-enterologia Pediatrica è già in vostro possesso.  
 allego il certificato dello Specialista in Allergologia / Gastro-enterologia Pediatrica  
● \_\_\_ BAMBIN\_\_ E' **AFFETT\_\_ DA QUESTA PATOLOGIA**  
\_\_\_\_\_  
 il certificato dello Specialista di riferimento è già in vostro possesso  
 allego il certificato dello Specialista di riferimento per la patologia  
Il medico di base (Pediatra / Medico Medic. Gener.) è il Dr.  
\_\_\_\_\_

**NOTE:**  
 allego anche fotocopia carta d'identità (necessaria solo per invio tramite fax o e-mail, non per consegna diretta)  
 allego il certificato del Pediatra in attesa della visita allergologica/gastro-enterologica che si terrà il \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

La Dietista predispone una modifica del menu effettuando scelte alimentari nell'ambito dei prodotti previsti con apporti equivalenti, presenti nella tabella merceologica.

- **I moduli vanno consegnati alla Dietista del Comune dtt.ssa Liliana Sánchez- in servizio il mercoledì e il venerdì dalle 8:30 alle ore 10:30- presso l'ufficio Servizi Educativi, oppure inviati tramite mail con firma digitale a: [sanchezliliana@cattolica.net](mailto:sanchezliliana@cattolica.net) Tel: 0541/ 966684**

**COMUNE DI CATTOLICA**

**MODULO PER RICHIESTA DI DIETA SPECIALE (PER PATOLOGIA O ALLERGIA) PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA - ADULTI**

anno scolastico 20\_\_\_\_ / \_\_\_\_

Io sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente/domiciliat\_\_ in via \_\_\_\_\_  
nel Comune di \_\_\_\_\_ tel. n° \_\_\_\_\_  
cellulare n° \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
operante in qualità di  educatore  insegnante  collaboratore scolastico  
presso  nido d'infanzia  scuola dell'infanzia  scuola primaria  scuola secondaria di 1° grado  
denominato/a \_\_\_\_\_  
aula / classe \_\_\_\_\_

Richiedo la DIETA SPECIALE in quanto:

SONO ALLERGIC\_\_ A \_\_\_\_\_  
 il certificato dello Specialista in Allergologia / Gastro-enterologia è già in vostro possesso  
 allego il certificato dello Specialista in Allergologia / Gastro-enterologia

SONO AFFETT\_\_ DA \_\_\_\_\_  
 il certificato dello Specialista è già in vostro possesso  
 allego il certificato dello Specialista di riferimento per la patologia

Il mio medico di base è il Dr. \_\_\_\_\_

**NOTE:**

allego il certificato del Medico di base in attesa della visita allergologica/gastro-enterologica che si terrà il \_\_\_\_\_

allego anche fotocopia carta d'identità (necessaria solo per invio tramite fax o e-mail, non per consegna diretta)

\_\_\_\_\_  
Firma:

La Dietista predisporre una modifica del menu effettuando scelte alimentari nell'ambito dei prodotti previsti con apporti equivalenti, presenti nella tabella merceologica.

- **I moduli vanno consegnati alla Dietista del Comune dtt.ssa Liliana Sánchez- in servizio il mercoledì e il venerdì dalle 8:30 alle ore 10:30- presso l'ufficio Servizi Educativi, oppure inviati tramite mail con firma digitale a: [sanchezliliana@cattolica.net](mailto:sanchezliliana@cattolica.net) Tel: 0541/ 966684**

