

Dipartimento di Sanità Pubblica
U.O. Igiene degli Alimenti e Nutrizione Rimini
Direttore ff: dott.ssa Roberta Cecchetti

_____, ___/___/20__

MODULO PER RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA

da inviare compilato al seguente indirizzo mail dietespeciali.rn@auslromagna.it

anno scolastico 20__ / __

______ bambin____
nat ____ il _____ a _____
residente in via _____ n° _____
nel Comune di _____ tel. n° _____
cellulare n° _____ e-mail _____
è iscritt____ al nido d'infanzia / alla scuola d'infanzia primaria secondaria 1°
denominato/a _____
aula / classe _____ nel Comune di _____

● ____ BAMBIN__ E' ALLERGIC__ A QUESTO/I ALIMENTO/I _____

- il certificato dello Specialista in Allergologia / Gastroenterologia Pediatrica è già in vostro possesso
 allego il certificato dello Specialista in Allergologia / Gastroenterologia Pediatrica

● ____ BAMBIN__ E' AFFETT__ DA QUESTA PATOLOGIA _____

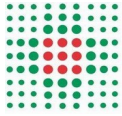
- il certificato dello Specialista di riferimento è già in vostro possesso
 allego il certificato dello Specialista di riferimento per la patologia

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 _____

IL GENITORE



Dipartimento di Sanità Pubblica
U.O. Igiene degli Alimenti e Nutrizione Rimini
Direttore ff: dott.ssa Roberta Cecchetti

_____, ___/___/20__

MODULO PER RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA

da inviare compilato al seguente indirizzo mail dietespeciali.rn@auslromagna.it

anno scolastico 20__ / __

______ bambin____

nat ____ il _____ a _____

residente in via _____ n° _____

nel Comune di _____ tel. n° _____

cellulare n° _____ e-mail _____

è iscritt____ al nido d'infanzia / alla scuola d'infanzia primaria secondaria 1°

denominato/a _____

aula / classe _____ nel Comune di _____

____ 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)
- _____

IL GENITORE
