

	Amministrazione destinataria Comune di Rodano  Ufficio destinatario Pubblica istruzione	
---	---	--

## Domanda di dieta speciale anno scolastico /

Su indicazione della ATS (ex ASLMI2) - Servizio Igiene Alimenti Nutrizione e Dipartimento Medicina di Base, al fine di consentire al servizio di ristorazione scolastica la preparazione di una dieta adeguata alle condizioni di salute di suo figlio è necessario che ci ritorni compilata la presente richiesta.

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

in qualità di genitore, affidatario o tutore del minore			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Scuola		Classe (solo per scuola primaria e scuola secondaria)	Sezione

### CHIEDE

la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di

<input type="radio"/>	dieta speciale per malattia metabolica
Malattia metabolica	
<input type="checkbox"/>	diabete
<input type="checkbox"/>	favismo
<input type="checkbox"/>	celiachia
<input type="checkbox"/>	fenilchetonuria
<input type="checkbox"/>	glicogenosi
<input type="checkbox"/>	altro (specificare)

<input type="radio"/>	<b>dieta per motivazioni etico-religiose</b>
	<b>Indicazioni rispetto a quali alimenti o preparazioe alimentari andranno esclusi dal piano dietetico</b>
<input type="radio"/>	<b>dieta per allergie o intolleranze alimentari</b>
	<i>(se la patologia rientra in questa casistica, la presente richiesta dovrà necessariamente essere corredata da:</i>
	<i>- certificato medico di centro specialistico o del pediatra di libera scelta/medico di medicina generale del servizio sanitario nazionale</i>
	<i>- test allergologici)</i>
	<i>- indicazioni chiare rispetto a quali alimenti o preparazionij alimentari andranno esclusi dal piano dietetico.</i>
	<b><u>E' necessario presentare una certificazione chiara e dettagliata.</u></b>
	<b>La diagnosi deve essere comprovata dall'esecuzione delle seguenti procedure diagnostiche essenziali scientificamente validate:</b>
	<b>1. documentazione clinica delle sintomatologie causate dal contatto con l'alimento, del tempo intercorso tra assunzione dell'alimento stesso e comparsa dei sintomi</b>
	<b>da reazione anafilattica</b>
	<b>2. test allergologico in vivo (SPT, prick by prick con alimento fresco, eventuali intradermoreazioni) positivo concordate per il sospetto diagnostico)</b>
	<b>3. test allergologico in vitro (dosaggio IgE specifiche - metodo quantitativo) positivo concordate con il sospetto diagnostico</b>
	<b>4. TPO (test di provocazione orale) positivo con l'alimento eliminato dalla dieta per un congruo periodo di tempo.</b>
	<b>Si precisa che i seguenti test, non avendo delle evidenze scientifiche di validità, non saranno considerati validi al fine delle completezza delle documentazione:</b>
	<b>- analisi del capello</b>
	<b>- Vega-test</b>
	<b>- Dria-test</b>
	<b>- test Citotossico</b>
	<b>- tutti i test diversi da quelli elencati da punti 1. e 4. riportati sopra.)</b>
	<b>Indicazioni rispetto a quali alimenti o preparazioe alimentari andranno esclusi dal piano dietetico</b>
<input type="radio"/>	<b>dieta post operatoria o a seguito di cure dentistiche</b>
	<i>(in questa casistica, la presente richiesta dovrà necessariamente essere corredata da:</i>
	<i>- certificato medico di centro specialistico o del pediatra di libera scelta/medico di medicina generale del servizio sanitario nazionale</i>
	<i>- indicazioni chiare rispetto a quali alimenti o preparazioni alimentari andranno esclusi dal piano dietetico.)</i>
	<b>Indicazioni rispetto a quali alimenti o preparazioe alimentari andranno esclusi dal piano dietetico</b>

Eventuali annotazioni

--

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<input type="checkbox"/>	<b>copia della certificazione medica</b> <i>(da allegare solo se è richiesta:</i> <i>- una dieta speciale per malattia metabolica per il primo anno</i> <i>- una dieta speciale per allergie o intolleranze alimentari</i> <i>- una dieta speciale post operatoria o a seguito di cure dentistiche)</i>
<input type="checkbox"/>	<b>copia dei test allergologici</b> <i>(da allegare solo se è richiesta una dieta speciale per allergie o intolleranze alimentari)</i>

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Rodano		
<b>Luogo</b>	<b>Data</b>	<b>Il dichiarante</b>