

# Istituto Suore Sacra Famiglia

Scuola Paritaria dell'infanzia e Primaria "Santa Paola Elisabetta Cerioli"

Via Casilina, 631/633 – 00177 Roma

Telefax: 06. 454 267 06 – Fax: 06. 24 407 873

Sito: [www.scuolacerioli.it](http://www.scuolacerioli.it)

Email: [direzione@scuolacerioli.it](mailto:direzione@scuolacerioli.it)

---

## Modulo dieta speciale per motivi di salute con presentazione di certificazione medica - Modello A

---

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

genitore<sup>1</sup> del/la bambino/a \_\_\_\_\_

abitante in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

che frequenta la scuola \_\_\_\_\_ per l'anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_

### CHIEDE

La preparazione di un particolare regime alimentare per **motivi di salute**:

<input type="checkbox"/> <b>Dieta nuova</b>	<input type="checkbox"/> <b>Riconferma dieta</b>
In questo caso occorre presentare un certificato medico (pediatra o medico di medicina generale o medico specialista in allergologia ed immunologia clinica o gastroenterologia) che attesti la necessità di seguire un regime dietetico particolare.	In questo caso occorre presentare un certificato medico aggiornato solo nel caso di <u>allergie/o intolleranze</u> , e non di altre malattie metaboliche (diabete, fenilchetonuria, favismo ect...) e celiachia.

Il richiedente dichiara fin da ora di essere informato ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 (T.U.) che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

### ALLEGA

- Certificato medico per dieta speciale per motivi sanitari

Data

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Spazio riservato alla segreteria

Data di inserimento \_\_\_\_\_

---

**Da inviare** per e-mail a [direzione@scuolacerioli.it](mailto:direzione@scuolacerioli.it)  
oppure **consegnare** a mano alla Segreteria della scuola

---

<sup>1</sup> O affidatario che esercita la patria potestà