

---

**Modello dieta speciale per motivi di salute con presentazione di certificazione medica, per il personale scolastico - Modello A1**

---

Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto Comprensivo "Li Punti"  
Sassari

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
abitante in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
docente presso la scuola \_\_\_\_\_ classe/i \_\_\_\_\_  
per l'anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La preparazione di un particolare regime alimentare per **motivi di salute** (certificato medico allegato)

Il/la sottoscritto/a è presente a mensa (barrare le caselle corrispondenti) :  tutti i gg. oppure  
 Lunedì             Martedì             Mercoledì             Giovedì             Venerdì

Oppure allegare calendario dettagliato.

**DICHIARA**

Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati personali pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente / Altri Contenuti / privacy del sito web istituzionale dell'istituto scolastico e di acconsentire al trattamento dei dati ai sensi della vigente normativa (Reg. UE 2016/679).

**DICHIARA INOLTRE**

Di essere consapevole che le informazioni contenute nel presente modulo e la certificazione medica allegata potranno essere comunicate al comune di \_\_\_\_\_ e/o alle ditte esterne che gestiscono il servizio mensa allo scopo di predisporre il menù particolare richiesto.

**ALLEGA**

- Certificato medico per dieta speciale per motivi sanitari

Data

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**Da inviare** per e-mail a [SSIC85100T@pec.istruzione.it](mailto:SSIC85100T@pec.istruzione.it)  
oppure **consegnare** a mano c/o I. C. Li Punti – Sassari - Ufficio Alunni – Sede centrale –Via Era

---

**CERTIFICATO MEDICO PER DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI**

Modello di fac-simile da rilasciare a cura del pediatra di libera scelta o medico di medicina generale o medico specialista in allergologia ed immunologia clinica o gastroenterologia

Certifico che il paziente .....

Nato/a a:.....il .....

È affetto da.....

E pertanto non può assumere il/i seguente/ti alimento/i

---

---

---

---

---

In caso di allergia/intolleranza alimentare specificare il metodo di diagnosi:

- Prick test (prove allergiche cutanee)
- Rast (dosaggio IgE specifiche)
- Altro test ( precisare quale) .....

Specificare se, in caso di soggetti allergici, in passato si sono verificate reazioni anafilattiche e/o è stato prescritto l'auto-iniettore di adrenalina Fastjekt (auto-iniettore) :

.....

Tale disposizione è necessaria ed indispensabile per la salute del paziente per il periodo

da ..... al .....

Luogo e data, .....

Timbro e firma del Medico