



**MODULO PER RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER ADULTI a. s. 201\_\_\_/201\_\_\_**  
**DA COMPILARE E CONSEGNARE AL COMUNE PER IL SERVIZIO DIETETICO DEL C.P.P. DI MATILDE RISTORAZIONE S.r.L.**

COMUNE: \_\_\_\_\_ DATA della richiesta: \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

FREQUENTANTE:

NIDO D'INFANZIA \_\_\_\_\_ SEZIONE \_\_\_\_\_

SCUOLA D'INFANZIA \_\_\_\_\_ SEZIONE \_\_\_\_\_

SCUOLA PRIMARIA \_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_

SCUOLA SECONARIA \_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

CHIEDE CHE VENGA SOMMINISTRATA LA SEGUENTE:

**DIETA SPECIALE PER LA SEGUENTE PATOLOGIA** \_\_\_\_\_

**PATOLOGIA A RISCHIO SHOCK ANAFILATTICO**                      **SI**                       **NO**

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO, in assenza di tale indicazione la richiesta non sarà valutata.

<b>DIETE BASE:</b> barrare solo gli alimenti da escludere.	
<input type="checkbox"/> <b>NO GLUTINE</b>	
<input type="checkbox"/> <b>NO LATTICINI</b>	<input type="checkbox"/> Barrare se <b>consentito</b> il consumo di <b>piccole quantità</b> (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
<input type="checkbox"/> <b>NO UOVO</b>	<input type="checkbox"/> Barrare se <b>consentito</b> il consumo di <b>piccole quantità</b> (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
<input type="checkbox"/> <b>NO POMODORO</b>	<input type="checkbox"/> Barrare se <b>consentito</b> il consumo di <b>piccole quantità</b> (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
<input type="checkbox"/> <b>NO PESCE</b>	<input type="checkbox"/> Barrare se <b>consentito</b> il consumo di <b>piccole quantità</b> (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
<input type="checkbox"/> <b>NO LEGUMI</b>	<input type="checkbox"/> Barrare se <b>consentito</b> il consumo di <b>piccole quantità</b> (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
<input type="checkbox"/> <b>NO FRUTTA SECCA</b>	<input type="checkbox"/> Barrare se <b>consentito</b> il consumo di <b>piccole quantità</b> (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO** \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI DIETA "CONTINUATIVA"**

**Si dichiara che la dieta richiesta relativa alla patologia sopra indicata è continuativa fino a nuova richiesta del medico per nuova dieta/patologia o fino a richiesta di dismissione della stessa**

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO** \_\_\_\_\_

**Per l'entrata in vigore della Dieta fare riferimento alle modalità segnalate nel Regolamento Diete.**  
**Per il passaggio a dieta libera è necessario far pervenire il modulo di richiesta per dieta libera compilato a cura del medico.**

**TIMBRO E FIRMA DEL COMUNE** \_\_\_\_\_

**I dati forniti saranno trattati secondo i fini e le modalità indicate nell'informativa e richiesta di consenso che si allega alla presente e che si prega di restituire debitamente firmata.**