

Modulo di richiesta dieta speciale per celiachia a.s. 2025-26

Alla cortese attenzione del Dirigente Scolastico
dell'Istituto _____

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente in _____

e

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente in _____
genitori/tutori dell'alunno/a:

- Nome e cognome: _____
- Classe: _____ Sezione: _____
- Plesso scolastico: _____

CHIEDIAMO

l'attivazione della dieta senza glutine presso il servizio mensa scolastica per nostra/o figlia/o, in quanto affetta/o da celiachia, come da certificazione medica allegata rilasciata dal Centro/Medico specialista in data ____/____/____.

DICHIARIAMO

- di essere consapevoli che la dieta speciale sarà predisposta dalla ditta di ristorazione incaricata, secondo le indicazioni sanitarie;
- di impegnarci a segnalare tempestivamente alla scuola eventuali variazioni della situazione clinica o richieste particolari;
- di autorizzare la scuola a trasmettere la presente richiesta e la relativa documentazione sanitaria all'ente gestore della mensa e agli uffici comunali competenti.

ALLEGATI

- Certificazione medica attestante la diagnosi di celiachia.

Luogo e data _____

Firma dei genitori/tutori
