

## **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**

I'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

---

---