

Richiesta di DIETA SPECIALE per motivi di salute.

Il sottoscritto/a
nato a il
residente in Via
tel/cell, e-mail
in qualità di genitore dell'alunno/a
che frequenta la classe della Scuola,
chiede la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di (barrare la casella interessata):

Dieta speciale per malattia metabolica

Diabete, favismo, celiachia, fenilchetonuria, glicogenosi

- ✓ **In caso di primo anno in cui viene richiesta:** la presente domanda dovrà essere corredata da Certificazione medica rilasciata da un Centro Specialistico o dal medico curante.
- ✓ **In caso di richiesta per gli anni diversi dal primo:** Non è necessario presentare il certificato medico.

Dieta per Allergie o Intolleranze alimentari ⁽¹⁾:

la presente richiesta dovrà **necessariamente** essere corredata da:

- **certificato medico rilasciato da un Centro specialistico o dal Medico di Medicina Generale del SSN**
- **test allergologici**
- **indicazioni chiare rispetto a quali alimenti o preparazioni alimentari andranno esclusi dal piano dietetico.**

(1)E' necessario presentare una CERTIFICAZIONE CHIARA E DETTAGLIATA:

La diagnosi deve essere comprovata dall'esecuzione delle seguenti procedura diagnostiche essenziali scientificamente validate:

1. Documentazione clinica delle sintomatologia causata dal contatto con l'alimento, del tempo intercorso tra assunzione dell'alimento stesso e comparsa dei sintomi da reazione anafilattica;
2. Test allergologico in vivo (SPT, prick by prick con alimento fresco, eventuali intradermoreazioni) positivo concordante per il sospetto diagnostico;
3. Test allergologico in vitro (dosaggio IgE specifiche – metodo quantitativo) positivo concordante con il sospetto diagnostico;
4. TPO (test di provocazione orale) positivo con l'alimento eliminato dalla dieta per un congruo periodi di tempo.

RICHIESTA VALIDA PER L'ANNO SCOLASTICO 2021/2022

Pozzuolo Martesana,

Firma

Allego carta d'identità del richiedente

.....