



COMUNE DI CONCOREZZO
Provincia di Monza e della Brianza
Assessorato Istruzione, Cultura e Giovani

SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA A.S. 2025/2026

RICHIEDI DIETA SPECIALE da presentare all'Ufficio Pubblica Istruzione tramite mail a

istruzione@comune.concorezzo.mb.it , in caso di necessità telefonare al seguente numero 039/62800432

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

genitore dell'alunno/a (cognome e nome) _____

nato/a a _____ il _____ Codice fiscale _____

residente a _____ in via _____ n. _____

iscritto per l'anno scolastico 2024/2025 alla scuola: _____

classe _____ sezione _____ cell _____

e-mail _____

FA RICHIEDI DI DIETA SPECIALE PER: (barrare la voce che interessa)

☐ **Intolleranza o allergia alimentare**

Allegare al presente modulo: certificazione medica corredata degli esiti di test allergologici riconosciuti dalla comunità scientifica internazionale (ad esempio test cutanei, dosaggio di IgE e test di scatenamento, breath test) e/o certificazione specialistica allergologica. **Da consegnare all'inizio di ogni anno scolastico**

☐ **Favismo**

Allegare al presente modulo: certificazione medica o di centro specialistico corredata di prescrizione dietetica specifica. **Da consegnare per la prima attivazione della dieta e SOLO al cambio di ordine di scuola**

☐ **Celiachia**

Allegare al presente modulo: certificazione medica o di centro specialistico corredata di prescrizione dietetica specifica con l'indicazione degli alimenti privi di glutine. **Da consegnare per la prima attivazione della dieta e SOLO al cambio di ordine di scuola**

☐ **Diabete**

Allegare al presente modulo: certificazione medica o di centro specialistico con prescrizione dietetica specifica. **Da consegnare per la prima attivazione della dieta e SOLO al cambio di ordine di scuola**

☐ **Malattia metabolica che necessita dell'esclusione di alcuni alimenti dalla dieta (es. fenilchetonuria, glicogenosi)**

Allegare al presente modulo: certificazione medica o di centro specialistico corredata della dieta personalizzata, calcolata dal centro malattie metaboliche o dallo specialista di riferimento. **Da consegnare per la prima attivazione della dieta e SOLO al cambio di ordine di scuola.**

☐ **Sovrappeso e obesità**

Allegare al presente modulo: certificazione medica con richiesta di dieta ipocalorica sulla quale sia indicata anche l'entità della restrizione calorica che preveda la suddivisione del fabbisogno calorico giornaliero. **Da consegnare all'inizio di ogni anno scolastico**

☐ **Motivi etico-religiosi**

Allegare al presente modulo: elenco alimenti da escludere. **Da consegnare all'inizio di ogni anno scolastico**

SI IMPEGNA

- **A presentare, contestualmente al presente modulo, la certificazione prevista per l'introduzione della dieta speciale, al fine di consentire, il prima possibile, la sua preparazione;**
- **A trasmettere subito all'ufficio pubblica istruzione, eventuali aggiornamenti della certificazione presentata e/o revoche della dieta richiesta.**

Concorezzo, li

FIRMA DEI GENITORI

Si dichiara di aver preso visione dell' Informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 2016/679 (GDPR)

Concorezzo, li

FIRMA DEI GENITORI