

Modello A - RICHIESTA DIETA SANITARIA

Il/La sottoscritto/a _____ ☐ genitore/tutore ☐ avente diritto

chiede l'erogazione di una dieta sanitaria destinata a:

DATI DEL FRUITORE

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / _____ Codice fiscale

PATOLOGIA ACCERTATA: nel caso di allergie/intolleranze devono essere allegate le analisi attestanti la patologia alimentare, rilasciate da strutture pubbliche o accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale.

PATOLOGIA IN ACCERTAMENTO: durante massima 4 mesi, è sufficiente utilizzare il presente modulo, compilando in tutti i campi. Richiesta non ripetibile.

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO (pediatra di libera scelta, medico di base o specialista)

1a) PATOLOGIA IN ACCERTAMENTO (durata massima 4 mesi)

la dieta deve essere erogata dal _____ al _____

1b) PATOLOGIA ACCERTATA: la dieta deve essere erogata per tutto il ciclo scolastico con inizio validità dal

_____ oppure dal _____ al _____

2) DIAGNOSI _____

3) ALIMENTI E LORO DERIVATI DA ESCLUDERSI _____

4) Il paziente ha avuto episodi pregressi di shock anafilattico riconducibili all'ingestione di alimenti?

☐ SI (Indicare gli alimenti scatenanti) _____ ☐ NO

5) Al paziente è stato prescritto un farmaco salvavita? ☐ SI ☐ NO

(La risposta positiva deve essere riferita esclusivamente a quanto specificato al punto 4)

TIMBRO E FIRMA del medico

Dr (Cognome e nome) _____

Via _____

Città _____

Recapito telefonico _____