



ROMA CAPITALE

**PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DEL
SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA**

PERIODO 1.1.2013/30.06.2017

**MODELLO I – RICHIESTA DIETA SPECIALE PER
MOTIVI DI SALUTE – PATOLOGIA CRONICA O
TRANSITORIA**

prol:

Modello I

Richiesta dieta speciale per motivi di salute - patologia cronica o transitoria

(da compilarsi a cura del medico curante)

Anno scolastico 20...../20.....

COGNOME E NOME.....

DATA DI NASCITA.....

RESIDENTE A

VIA

TEL. CELL.

MEDICO CURANTE

SCUOLA FREQUENTATA (nome e luogo)

.....

CLASSE..... SEZ.

GIORNI FREQUENZA tempo pieno

modulo specificare i giorni (.....)

PATOLOGIA

.....
.....
.....

TIPO DI DIETA DA SEGUIRE E/O ALIMENTI DA ELIMINARE

.....
.....
.....

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA DAL.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

Autore



ROMA CAPITALE

**PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DEL
SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA**

PERIODO 1.1.2013/30.06.2017

**MODELLO L – RICHIESTA DIETA SPECIALE PER
MOTIVI DI SALUTE - INTOLLERANZE E/O ALLERGIE
ALIMENTARI**

lavoro

Modello L

Richiesta dieta speciale per motivi di salute – intolleranze e/o allergia alimentare

(da compilarsi a cura del medico curante)

Anno scolastico 20...../20.....

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA.....

RESIDENTE A

VIA

TEL. CELL.

MEDICO CURANTE

SCUOLA FREQUENTATA (nome e luogo)
.....
.....

CLASSE..... SEZ.

GIORNI FREQUENZA tempo pieno
 modulo specificare i giorni (.....)

SINTOMATOLOGIA

- GASTROENTEROLOGICA specificare.....
- CUTANEA specificare.....
- RESPIRATORIA specificare.....
- ANAFILASSI specificare.....
- ALTRO specificare.....

ACCERTAMENTI ESEGUITI

- RAST PRICK ALTRI specificare (.....)

DIAGNOSI

.....
.....

ALLERGIE PARTICOLARI/ANNOTAZIONI

.....
.....

DIETA PRIVA DI

.....
.....

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA DAL.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

Handwritten signature