



Comune di Vernate

Città Metropolitana di Milano

P.za IV Novembre 2 – CAP 20080
C.F. 801 003 501 58 – P. IVA 063 011 201 57
Tel 02.90.01.32.1 – Fax 02.90.01.32.40
P.E.C. comune.vernate@pec.regione.lombardia.it
E-Mail info@comune.vernate.mi.it

SETTORE SERVIZI AL CITTADINO

SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA Richiesta di DIETA SPECIALE STUDENTE

Su indicazione della ASLMI2 – Servizio Igiene Alimenti Nutrizione e Dipartimento Medicina di Base, al fine di consentire al servizio di Ristorazione Scolastica la preparazione di una dieta adeguata alle Sue condizioni di salute è necessario che ci ritorni compilata la presente richiesta.

Il/la sottoscritto/a _____

In qualità di insegnante _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola _____

chiede la somministrazione 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;



Comune di Vernate

Città Metropolitana di Milano

P.za IV Novembre 2 – CAP 20080
C.F. 801 003 501 58 – P. IVA 063 011 201 57
Tel 02.90.01.32.1 – Fax 02.90.01.32.40
P.E.C. comune.vernate@pec.regione.lombardia.it
E-Mail info@comune.vernate.mi.it

SETTORE SERVIZI AL CITTADINO

4. TPO (test di provocazione orale) positivo con l'alimento eliminato dalla dieta per un congruo periodo di tempo.

Si precisa che i seguenti test, non avendo delle evidenze scientifiche di validità **non saranno considerati validi al fine della completezza della documentazione:**

- *Il test citotossico o test di Bryan*
- *Il test di provocazione e neutralizzazione sublinguale o intradermico*
- *La Kinesiologia applicata*
- *Il test del riflesso cardio-auricolare*
- *Il Pulse test*
- *Il test elettrotermico o Elettroagopuntura secondo Voll*
- *Il Vega Test*
- *Il Sarmtest*
- *Il Biostrenght test e varianti*
- *La biorisonanza*
- *L'analisi del capello (Hair analysis)*
- *Il Natrix o FIT 184 Test*
- tutti i test diversi da quelli elencati dal punto (1) al punto (4) riportati sopra

Recapito per eventuali comunicazioni:

Cognome e nome: _____

Tel \ Cell: _____

Via: _____

Comune: _____

Si autorizza al trattamento dei dati ai sensi del Regolamento UE 679/16 e si dichiara di aver preso visione della relativa informativa disponibile presso gli uffici comunali e sul sito istituzionale www.comune.vernate.mi.it

Data _____

Firma
