

MODULO PER RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER LA SEGUENTE PATOLOGIA _____

PATOLOGIA A RISCHIO DI SHOCK ANAFILATTICO SI NO

| | |
|---------------------|--|
| Il SOTTOSCRITTO/A | |
| RESIDENTE A | |
| via | |
| recapito telefonico | |
| mail | |
| genitore di: | |
| nome/ cognome | |

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO /PEDIATRA, in assenza di tale indicazione la richiesta non sarà valutata.

| | |
|--|---|
| DIETE BASE: barrare solo gli alimenti da escludere. | |
| <input type="checkbox"/> NO GLUTINE | |
| <input type="checkbox"/> NO LATTICINI | <input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso |
| <input type="checkbox"/> NO UOVO | <input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso |
| <input type="checkbox"/> NO POMODORO | <input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso |
| <input type="checkbox"/> NO PESCE | <input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso |
| <input type="checkbox"/> NO LEGUMI | <input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso |
| <input type="checkbox"/> NO FRUTTA SECCA | <input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso |

| | |
|--|---|
| DIETA PERSONALIZZATA: indicare gli alimenti da escludere o allegare al presente modulo protocollo dietetico(<input type="checkbox"/> VEDI ALLEGATO). | |
| | <input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso |
| | <input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso |
| | <input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso |
| | <input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso |

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO / PEDIATRA _____

DATA della richiesta: _____

FIRMA DEL GENITORE _____