



DIETA PER SPECIFICHE PATOLOGIE

A.S. 2026-2027

DATA della richiesta: _____

la richiesta dieta è **valida per tutto il ciclo scolastico frequentato** (scuola dell'infanzia o primaria o secondaria e deve essere **rinnovata** al passaggio dalla scuola dell'infanzia alla scuola primaria, dalla scuola primaria alla secondaria di primo grado o in caso di cambio sede scolastica, salvo diversa indicazione del medico curante

SCUOLA: _____ CLASSE _____

Scuola dell'infanzia ☐ Scuola primaria ☐ Scuola secondaria di primo grado ☐

COGNOME _____ NOME _____ data di nascita _____

Recapito telefonico della famiglia _____

Dieta valida : fino a fine ciclo scolastico ☐ fino al (specificare data) ☐

	SIGLA del MEDICO
CELIACHIA (dieta no GLUTINE)	
DIABETE (CON IN ALLEGATO SCHEMA OSPEDALIERO E PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)	
FENILCHETONURIA (CON IN ALLEGATO SCHEMA OSPEDALIERO E PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)	
FAVISMO (fave, piselli)	
DIETA MORBIDA (legata a patologie che influiscono sulla normale masticazione)	
ALTRO (vedi schema del medico allegato per indicazioni)	

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO _____

Recapito telefonico del medico _____ FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO: _____

Tutti i dati, in conformità al GDPR 679/2016, vengono trattati da Ribo' esclusivamente per l'erogazione del servizio richiesto. Per prendere visione dell'informativa completa consultare il sito <https://www.riboscuola.it>