



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**

*lucel*

**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]*