

Spett.le Dimensione Cucina Srl  
Via Quasimodo, 9  
20097 San Donato Milanese  
Mail: [vale@dimensionecucina.it](mailto:vale@dimensionecucina.it)

## MODULO A - RICHIESTA DIETA SANITARIA

Il/la sottoscritto/a (richiedente).....  genitore/tutore  avente diritto  
chiede l'erogazione di una dieta sanitaria destinata a:

### DATI DEL FRUITORE DELLA DIETA

alla richiesta deve essere allegata copia della Carta Regionale dei Servizi

cognome: ..... nome: .....

data di nascita: ..... codice fiscale: .....

nido d'infanzia  scuola d'infanzia  scuola primaria  scuola secondaria  liceo

classe: ..... sezione: .....

Recapito telefonico genitore/tutore - avente diritto: .....

E-mail genitore/tutore - avente diritto: .....

Il sottoscritto genitore del minore fruitore della dieta **allega**:

- Copia della Carta Regionale dei Servizi del fruitore della dieta;
- In caso di richiesta dieta numero 22 – menù personalizzato, l'elenco degli alimenti da escludere redatto dal medico;
- In caso di richiesta anche di una dieta etico-religiosa, copia del modulo B richiesta dieta etico-religiosa.

Data della richiesta: ..... Firma del richiedente: .....

## MODULO A - RICHIESTA DIETA SANITARIA

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE  
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA, MEDICO DI BASE O SPECIALISTA)

### 1) DATI DEL FRUITORE DELLA DIETA

Cognome: ..... Nome: .....

Data di nascita: ..... Codice Fiscale: .....

**RICHIESTA BREVE (durata massima 30 giorni)**

Dal: ..... al: .....

**PATOLOGIA IN ACCERTAMENTO (durata massima 4 mesi)**

Dal: ..... al: .....

**PATOLOGIA ECCERTATA**

Dieta erogata per tutto il ciclo scolastico con inizio validità dal: .....

**2) DIAGNOSI:** .....

**3) DIETA RICHIESTA:** barrare nell'elenco menù dieta il "numero dieta"

**4) Il paziente ha avuto episodi pregressi di shock anafilattico riconducibili all'ingestione di alimenti?**

**Sì** (indicare gli alimenti scatenanti) .....  **No**

**5) Al paziente è stato prescritto un farmaco salvavita?**  **Sì**  **No**

### Nota

**RICHIESTA BREVE:** durata massima 30 giorni, è sufficiente utilizzare il presente modulo, compilandolo in tutti i campi delle tre pagine di cui è composto. Richiesta non ripetibile.

**PATOLOGIA IN ACCERTAMENTO:** durata massima 4 mesi, è sufficiente utilizzare il presente modulo, compilandolo in tutti i campi delle tre pagine di cui è composto. Richiesta non ripetibile.

**PATOLOGIA ACCERTATA:** nel caso di allergie/intolleranze devono essere allegate le analisi attestanti la patologia alimentare, rilasciate da strutture sanitarie pubbliche o accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale.

## MODULO A - RICHIESTA DIETA SANITARIA

ELENCO MENÙ DIETE: BARRARE IL NUMERO DIETA DA RICHIEDERE (DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO)		
Numero Dieta	Elenco diete richieste	
1	Menù per <b>favismo</b>	NO asparagi, fave e piselli
2	Menù privo di <b>glutine</b>	NO avena, farro, grano (frumento), kamut, segale, orzo
3	Menù privo di <b>latte e vitello</b>	NO latte e vitello
4	Menù privo di <b>uovo</b>	NO uovo
5	Menù privo di <b>pesce, molluschi e crostacei</b>	NO pesce, molluschi e crostacei
6	Menù privo di <b>latte, uovo e vitello</b>	NO latte, uovo e vitello
7	Menù privo di <b>solinacee</b>	NO melanzane, patate, peperoni e pomodori
8	Menù privo di <b>legumi</b>	NO arachidi, carruba, ceci, cicerchia, fagioli, fagiolini, fave, lenticchie, liquirizia, lupini, piselli, soia e tamarindo
9	Menù a basso contenuto di <b>sostanze istamino-liberatrici</b>	NO aceto, agrumi, alimenti in scatola, ananas, anguria, banane, cacao, carne suina, fecola di patate, formaggi stagionati, fragole, frutta a guscio, insaccati, legumi, meloni, pomodori, preparato per brodo e dadi, spinaci, uovo, yogurt
10	Menù a basso contenuto di <b>nicel</b>	NO albicocche, alimenti in scatola, asparagi, cereali integrali, cacao, crucifere, frutta a guscio, funghi, kiwi, lattuga, legumi, lievito, mais, pere, pomodori, salumi e spinaci
11	Menù per <b>diabete</b>	NO dessert, frittute, gnocchi di patate, impanature, infarinature, legumi e patate come contorno, legumi come secondo, pasta all'uovo ripiena, piatti elaborati, primi in brodo, zucchero
12	Menù <b>ipocalorico</b>	NO banane, cachi, dessert, formaggi stagionati, frittute, legumi e patate come contorno, legumi come secondo, mandarini, piatti elaborati, succhi di frutta, uva, zucchero
13	Menù <b>ipolipidico</b>	NO burro, conserve sott'olio, dessert, formaggi, frittute, frutta a guscio, impanature, intingoli, salumi, uovo
14	Menù <b>iposodico</b>	NO sale aggiunto
15	Menù <b>frullato</b>	NO banane, mele, patate e carote cotte come contorno, riso
16	Menù <b>tritato</b>	NO mandorle, noci, noci di anacardi, noci di pecan, noci del Brasile, noci del Queensland, nocciole, pinoli, pistacchi
17	Menù per <b>stipsi</b>	NO banane, mele, patate e carote cotte come contorno, riso
18	Menù privo di <b>frutta a guscio e pinoli</b>	NO mandorle, noci, noci di anacardi, noci di pecan, noci del Brasile, noci del Queensland, nocciole, pinoli, pistacchi
19	Menù privo di <b>arachidi</b>	NO arachidi
20	Menù privo di <b>arachidi, frutta a guscio e pinoli</b>	NO arachidi, mandorle, noci, noci di anacardi, noci di pecan, noci del Brasile, noci del Queensland, nocciole, pinoli, pistacchi
21	Menù privo di <b>glutine, latte e vitello</b>	NO avena, farro, grano (frumento), kamut, latte, segale, orzo, vitello
22	Menù <b>personalizzato</b>	<b>Allegare l'elenco degli alimenti da escludere</b>

**Note:**

- È possibile barrare uno o più numeri dieta, fatta eccezione per i numeri dieta 15 e 16 che non possono essere scelti contemporaneamente, ma non è consentito modificare gli alimenti da escludere descritti per ogni menù dieta (terza colonna).
- In caso di esigenze particolari attenersi a quanto previsto per il menù 22.
- In via cautelativa, a causa della possibile presenza di legumi differenti all'interno delle confezioni di ceci, fagioli, lenticchie e piselli secchi, dai menù verranno esclusi: **ceci, cicerchie, fagioli, fave, lenticchie e piselli secchi** anche a fronte della richiesta di esclusione di un solo legume tra quelli precedentemente indicati (ceci, cicerchie, fagioli, fave, lenticchie e piselli).

**TIMBRO E FIRMA**

(del medico)

Dr. (cognome e nome): .....

Via: ..... Città: .....

Recapito telefonico: .....

**Cognome e nome del fruitore della dieta:** .....

LA PRESENTE RICHIESTA È VALIDA SOLO SE COMPILATA IN TUTTI I SUOI CAMPI E CONTIENE IN ALLEGATO COPIA DELLA CARTA REGIONALE DEI SERVIZI