



Richiesta dieta sanitaria
Nido d'infanzia Villaggio Orsenigo

SQ16aP08

Pag. 1 di 1

Stato Rev. 00

15/03/2017

Il/la sottoscritto/a _____ genitore/tutore di :

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Codice fiscale _____

Data richiesta _____ Firma del genitore/tutore _____

Chiede l'erogazione di una dieta sanitaria per:

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO (pediatra di libera scelta o specialista)

- Patologia in accertamento (durata massima 4 mesi) validità dal _____ al _____
- Patologia/richiesta (durata massima 30 giorni) validità dal _____ al _____
- Patologia accertata: la dieta deve essere erogata per tutto il ciclo di frequenza del bambino con validità dal _____ oppure dal _____ al _____

1) Diagnosi: _____

2) Dieta richiesta _____

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

Se si indicare gli alimenti scatenanti:*

Si _____

No

4) Al paziente è stato prescritto un farmaco salvavita? Sì (in riferimento al punto 3*) No

Dr. (nome e cognome): _____

Timbro e Firma

Via _____ città _____

Recapito telefonico _____

PATOLOGIA ACCERTATA: nel caso di allergie/intolleranze (devono essere allegate le analisi attestanti la patologia alimentare, rilasciate da strutture pubbliche o convenzionate)

PATOLOGIA IN ACCERTAMENTO: durata massima 4 mesi (non ripetibili), è sufficiente presentare il presente modulo

PATOLOGIA/RICHIESTA: durata massima 30 giorni (non ripetibili), è sufficiente presentare il presente modulo

LA PRESENTE RICHIESTA E' VALIDA SOLO SE COMPILATA IN TUTTI I CAMPI E CORREDATA DALL'EVENTUALE DOCUMENTAZIONE RICHIESTA