



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO COMPRENSIVO PARITARIO "Annibale M. Di Francia"
Infanzia - C.M. RM1A242006 - Primaria - C.M. RM1E135004
Secondaria di I Grado - C.M. RM1M09800G
Circonvallazione Appia, 146 – 00179 Roma
Tel. 06/7809092 / 331 332 0520
Pec: scuolaamdfrm@legalmail.it
istitutoparitario@scuolaannibaledifracia.it
www.scuolaannibaledifracia.it



Modulo richiesta diete speciali Anno Scolastico 2026-2027

Il/La sottoscritto/a _____

Genitore di _____

Frequentante la Classe / Sezione _____ Scuola (*) _____

Chiede per il/la proprio/a figlio/a la dieta speciale per:

- ☐ Intolleranza _____
- ☐ Allergia _____
- ☐ Motivi etico-religiosi _____

DICHIARO, allo stato delle proprie conoscenze, che la dieta richiesta:

- ☐ è da considerarsi "a rischio vita", cioè il cui non rispetto è a rischio vita o è causa di gravi effetti per la salute, ad esempio shock anafilattico ecc.
- ☐ è da considerarsi "NON a rischio vita", cioè il cui non rispetto NON è a rischio vita.

ALLEGO certificato medico:

- ☐ in originale
- ☐ in copia.

N.B. Si accettano solo certificati di SPECIALISTI, quali pediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche.

Per la sospensione della dieta è necessario il certificato medico o, in mancanza, una autodichiarazione scritta del genitore.

Roma, ____/____/202...

FIRMA DEL GENITORE _____

(*) Infanzia – Primaria – Secondaria di I Grado