

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODELLO STANDARD	Allergie intolleranze alimentari (SIAN.MO.0191.01).doc Pag 1/2
---	-------------------------	---

Genitori di bambini
del Distretto della Valsesia
e
del Distretto di Vercelli
ASL "VC" VERCELLI

Oggetto: Invio modelli allergie/intolleranze alimentari.

Gentili Genitori,

la scheda che vi è stata consegnata fa parte di un'attività con la quale il Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione intende analizzare i bisogni di coloro che necessitano di un particolare menù in rapporto ad eventuali intolleranze o allergie alimentari e/o motivi religiosi.

Lo scopo è di rendere un momento fondamentale di socializzazione, qual è quello della mensa scolastica, per coloro che presentano queste patologie e per i genitori, fonte di tranquillità e non di preoccupazione. Sarà infatti predisposto un menù adeguato e controllato in relazione al tipo di intolleranza e/o allergia che verrà segnalata, cercando di mantenerlo nel contempo il più vicino a quello standard.

Si sensibilizzerà al problema sia la scuola, per quanto di competenza, sia gli eventuali centri di cottura, nel rispetto della legge di tutela dei dati personali.

Il modulo andrà compilato in ogni sua parte e riconsegnato alla scuola in tempi brevi.

Grazie della collaborazione.

Distinti saluti.

Il Medico del Servizio SIAN
(Dr. Gianfranco Abelli)

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODELLO STANDARD	Allergie intolleranze alimentari (SIAN.MO.0191.01).doc
		Pag 2/2

MODELLO ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI

Il/La Sottoscritto/a _____

Genitore del/la alunno/a _____

Nato/a a _____

Il _____ residente _____ (_____)

Via _____ n° _____

Telefono n° _____

Iscritto/a alla Scuola _____

Classe _____ Sezione _____ Via _____ n° _____

Comune di _____

**Comunica che il proprio figlio/a intende usufruire del servizio mensa:
(barrare la voce che interessa)**

non è affetto da intolleranze alimentari

è affetto da intolleranze alimentari (come risulta dalla documentazione specialistica allegata).

è affetto da allergie alimentari (come risulta dalla documentazione specialistica allegata).

Menù per motivi religiosi (indicare alimento da sostituire _____)

Altro:

Il/La sottoscritto/a approva il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 30/06/2003, n°196 – codice in materia dei dati personali (se qu esta voce non verrà barrata non si potrà procedere alla stesura della dieta).

Data _____

Firma del Genitore

QUESTO DOCUMENTO DOVRA' IN OGNI CASO ESSERE RESTITUITO ALLA SCUOLA

ASL VC	Allergie intolleranze alimentari (SIAN.MO.0191.01).doc Emissione Luglio 2015	2/2
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>		