

SPETT.LE

COMUNE DI VERRONE

**OGGETTO: ALLERGIE / INTOLLERANZE ALIMENTARI di VERMI LUCA frequentante la scuola PRIMARIA DI VERRONE**

Io sottoscritta MOREZZI CHIARA , in qualità di MADRE di VERMI LUCA  
frequentante la scuola primaria di VERRONE e residente in Verrone - Via J.F.Kennedy , 2

COMUNICO CHE

Nulla è variato per il bambino relativamente alle allergie/intolleranze alimentari di cui soffre

PERTANTO CHIEDO CORTESEMENTE CHE NULLA VENGA VARIATO NEL SUO ABITUALE REGIME  
ALIMENTARE

RingraziandoVi anticipatamente per l'attenzione che riserverete alla presente, colgo  
l'occasione per porgere distinti saluti.

Morezzi Chiara

Verrone, 26.08.2014



**Allegato 1b**



Comune di VERONE

**Richiesta di dieta speciale per allergia alimentare accertata**

La certificazione dovrà essere compilata da un Medico di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia oppure in alternativa dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN solo sulla base di documentazione redatta da una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia. La diagnosi specialistica deve essere allegata in copia o disponibile a richiesta (riportare gli estremi).

**CERTIFICAZIONE**

Si certifica che VERNI WCA  
Nato a: BIELLA il 25/02/2005  
Residente a: VERONE (BI) via: KENNEDY 2  
Codice Fiscale o tessera sanitaria: ..... Tel: 335/2002080  
Scuola: PRIMARIA di VERONE  
è affetto/a / presenta il seguente quadro clinico .....

per il/la quale è stato intrapreso e concluso, dall'Unità Operativa della Rete Regionale di Allergologia .....  
l'iter che ha condotto alla diagnosi di allergia alimentare. In base alle procedure diagnostiche eseguite, il/la bambino/a è risultato  
**essere ALLERGICO/A** al/i seguente/i alimento/i, che dovrà/dovranno pertanto essere escluso/i dalla dieta:  
(N.B. per le allergie alimentari accertate la dieta decadrà al termine dell'anno scolastico in corso)

☒ **proteine del latte vaccino (latte bovino e derivati; alimenti contenenti proteine del latte);**

il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di **carne bovina**? ☐ SI ☐ NO

☐ **proteine dell'uovo (uovo e tutti gli alimenti contenenti proteine dell'uovo);**

il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di **carne di pollo**? ☐ SI ☐ NO

☐ **proteine del frumento e di tutti i cereali che possano contenere proteine analoghe dal punto di vista allergenico (orzo, farro, segale, kamut, avena)**

☐ **proteine dell'i pescel'i (indicare il/i pesce/i allergenici).....**  
indicare quale/i pesce/i sono invece ingeriti e tollerati: .....

☒ **proteine della soia ( o altre leguminose comprese arachide) .....**

☐ **frutta secca con guscio (indicare quale/i frutta secca è allergenica).....**  
indicare quale/i tipo/i di frutta secca sono assunti e tollerati: .....

☐ **kiwi (altra frutta fresca).....**

☐ **altri allergeni alimentari .....**

Beerna, il 30/04/14

(Timbro e firma del Medico con codice regionale, qualifica e titoli specialistici, indirizzo e numero di telefono)

Dott. MAURO SABBALANI  
Cod. Reg. ....



Comune di VERONE

**Richiesta di dieta speciale per intolleranza alimentare**

(la certificazione deve essere compilata dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN)

**CERTIFICAZIONE**

Si certifica che (cognome e nome) VERU WCA  
Nato a: PREVA Residente a: VERONE via: KENNEDY 2  
Codice Fiscale o tessera sanitaria: \_\_\_\_\_ Tel: 335/1002080  
Scuola: PRIMARIA di VERONE  
è affetto/a da:

- ☐ Malattia celiaca
- ☒ Intolleranza al lattosio primitiva
- ☐ Intolleranza al lattosio secondaria
- ☐ Favismo
- ☐ Altra intolleranza ai carboidrati
- ☐ Altri errori congeniti del metabolismo

Intolleranza ad alimenti ricchi di amine vasoattive e/o di sostanze istamino-liberatrici (specificare quali alimenti

appartenenti a tali categorie non sono clinicamente tollerati: \_\_\_\_\_

Intolleranza ad additivi alimentari e metalli (conservanti, antiossidanti, emulsionanti, aromi, coloranti, salicilati). Specificare per

quale/i, tra additivi alimentari e metalli, è stata dimostrata l'intolleranza: \_\_\_\_\_

Il/la bambino/a deve pertanto seguire una dieta appropriata alla diagnosi.

Beuma il 30/07/14

(Timbro e firma del Medico con codice regionale, qualifica e titoli specialistici, indirizzo e numero di telefono)

DOCT. MAURO SAPELLANI

Cod. Reg. \_\_\_\_\_