

**MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE ANNO SCOLASTICO .....**

Comune di \_\_\_Ladispoli\_\_\_\_\_

- Il sottoscritto/a (NOME COGNOME)\_\_\_\_\_
- Genitore/tutore di (NOME COGNOME ALUNNO)\_\_\_\_\_
- OPPURE
- Il sottoscritto/a operatore scolastico/Docente\_\_\_\_\_

telefono/cellulare (solo in caso di necessità di chiarimenti) \_\_\_\_\_  
 indirizzo di posta elettronica (facoltativo) \_\_\_\_\_

**Scuola di riferimento:** Nome scuola \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_

- NIDO       INFANZIA       PRIMARIA       SECONDARIA I GRADO

**Giorni di rientro**       LUNEDI'     MARTERDI'     MERCOLEDI'     GIOVEDI'     VENERDI'

Il Sottoscritto, come sopra identificato:

**1. RICHIEDE** per il proprio figlio/per se in quanto Docente fruitore del servizio di refezione scolastica la produzione di DIETA SANITARIA per:

<input type="checkbox"/> Intolleranza alimentare a (specificare alimento/i) - <u>a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:</u> ..... .....
<input type="checkbox"/> Allergia alimentare a (specificare alimento/i) - <u>a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:</u> ..... <input type="checkbox"/> <b>è da considerare "A RISCHIO VITA"</b> (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di gravi reazioni allergiche, ricovero ospedaliero, shock anafilattico)
<input type="checkbox"/> Malattia metabolica o autoimmune (specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc...) - <u>a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi:</u> ..... <input type="checkbox"/> <b>è da considerare "A RISCHIO VITA"</b> (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di ricovero ospedaliero e gravi rischi per la salute)
<input type="checkbox"/> Altro (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi comportamento alimentare, ecc...; definire la tipologia di dieta richiesta) - <u>a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:</u> ..... .....
<input type="checkbox"/> <b>ANNULLAMENTO dieta sanitaria</b> - <u>a tal fine si allega Certificato del medico curante con prescrizione di dieta libera</u>

**2. DICHIARA**, come riportato sul certificato medico allegato che:

- l'allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione **PUÒ** ESSERE TOLLERATO
- l'allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione **NON PUÒ** ESSERE TOLLERATO

### 3. Informativa pane artigianale (AUTODICHIARAZIONE):

- 1) gli ingredienti del PANE sono: farina di frumento, lievito ed eventualmente sale e olio extravergine di oliva;
- 2) i fornitori artigianali dai quali CIRFOOD si approvvigiona dichiarano che lo stesso contiene GLUTINE e potrebbe contenere in tracce i seguenti allergeni: CROSTACEI, UOVA, PESCE, ARACHIDI, SOIA, LATTE INCLUSO LATTOSIO, FRUTTA A GUSCIO, SEDANO, SENAPE, SEMI DI SESAMO, ANIDRIDE SOLFOROSA E SOLFITI, LUPINI, MOLLUSCHI in quanto nello stesso laboratorio ed eventualmente sulla stessa linea di lavorazione sono effettuate anche altre produzioni contenenti gli stessi (ai sensi del Reg. UE 1169/2011, D.Lgs. 109/92, 88/2009 e s.m.i).

Consapevole di quanto sopra esplicitato il sottoscritto **DICHIARA che**

- l'allergene presente in tracce o all'interno del laboratorio di produzione **PUÒ** ESSERE TOLLERATO
- l'allergene presente in tracce o all'interno del laboratorio di produzione **NON PUÒ** ESSERE TOLLERATO

NB. IN CASO DI NON AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI PRODOTTO CONTENENTE TRACCE O IN CASO DI NON COMPILAZIONE, l'alternativa che CIRFOOD somministra è un prodotto privo di tutti gli allergeni di cui sopra, costituito da **GALLETTE DI RISO**

E' CONSAPEVOLE CHE la procedura attuata prevede quanto segue:

- Si accettano solo certificati di **SPECIALISTI**, quali **pediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche; certificati rilasciati da specialisti diversi da quelli indicati non saranno accettati** (è preferibile l'utilizzo del modulo "CERTIFICATO CON LE INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SANITARIE AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA" allegato alla presente).
- **NON si accettano dichiarazioni di altre figure sanitarie e referti di analisi in assenza di certificazione medica.**
- **Il consumo di alimenti con tracce di allergeni è possibile SOLO SE ESPRESSAMENTE previsto dal certificato medico ad eccezione del pane per il quale si ammette AUTODICHIARAZIONE del genitore**
- In assenza di precisa indicazione medica la dieta sanitaria richiesta avrà validità di un anno scolastico (da settembre a giugno)
- Le richieste di dieta per malattie metaboliche e autoimmuni permanenti quali ad esempio diabete, celiachia, favismo, hanno validità per l'intero ciclo scolastico (es. per tutta la permanenza presso la medesima scuola dell'infanzia, dalla classe 1<sup>a</sup> alla 5<sup>a</sup> della medesima scuola primaria, ...) anche se non specificato nel certificato medico.
- **Per tutte le sospensioni, integrazioni e/o restrizioni della dieta è necessario presentare certificato medico**
- **Al fine di tutelare al massimo gli utenti con dieta sanitaria, non vengono accettate modifiche della dieta (integrazioni e/o restrizioni) comunicate verbalmente o sottoscritte in forma di autodichiarazione, né da parte degli insegnanti, né da parte dei genitori.**
- Si consiglia di mantenere copia della seguente documentazione unitamente al certificato medico in caso di necessità di presentazione per la frequentazione di centri estivi
- Il sottoscritto è consapevole che la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione ASL.

*Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri.*

Luogo e data

Firma leggibile

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE - N.B. Si accettano solo certificati di SPECIALISTI, quali pediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche.

Data \_\_\_\_\_

Si certifica che il bambino/a \_\_\_\_\_ M  F   
Nato/a il \_\_\_\_\_ presenta:

**ALLERGIA ALIMENTARE**

possibilità di reazioni gravi fino allo **shock anafilattico** che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina autoiniezzabile  
SI  NO

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche:

- Esami in vivo (es: Prick Test, Prick by Prick)
- Esami in Vitro (es: IgE specifiche, RAST, ISAC)
- Biopsia intestinale
- Breath test
- Test di provocazione orale

**INTOLLERANZA ALIMENTARE**

**CELIACHIA**

**MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**

**ALTRA PATOLOGIA** \_\_\_\_\_

N.B. si fa presente che verranno considerate solo certificazioni mediche riportanti test diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute.

Si richiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI o ATTINENTE ALLE SEGUENTI INDICAZIONI DIETETICHE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ulteriori specifiche**

- l'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione PUÒ ESSERE TOLLERATO
- l'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione NON PUÒ ESSERE TOLLERATO

**Durata della dieta sanitaria**

- intero ciclo scolastico
- intero anno scolastico
- n\_\_\_\_\_mesi

**Timbro e firma del Medico Curante**

\_\_\_\_\_

## MODULO RICHIESTA DI PASTO ALTERNATIVO PER MOTIVAZIONI ETICHE O RELIGIOSE ANNO SCOLASTICO .....

Comune di \_\_\_\_\_

- Il sottoscritto/a (NOME COGNOME) \_\_\_\_\_
  - Genitore/tutore di (NOME COGNOME ALUNNO) \_\_\_\_\_
    - OPPURE
  - Il sottoscritto/a operatore scolastico/Docente \_\_\_\_\_
- telefono/cellulare (solo in caso di necessità di chiarimenti) \_\_\_\_\_  
indirizzo di posta elettronica (facoltativo) \_\_\_\_\_

**Scuola di riferimento:** Nome scuola \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_

NIDO       INFANZIA       PRIMARIA       SECONDARIA I GRADO

**Giorni di rientro**       LUNEDI'     MARTERDI'     MERCOLEDI'     GIOVEDI'     VENERDI'

Il Sottoscritto, come sopra identificato:

1. **RICHIESTE** per il proprio figlio/per se in quanto Docente fruitore del servizio di refezione scolastica, la produzione di pasto alternativo per motivazione etico-religiosa:

- Motivazione religiosa
  - no tutti i tipi di carne
  - no suino
  - no bovino
  - altro (specificare) \_\_\_\_\_
- Motivazione etica
  - dieta ovo-latto vegetariana (no carne, no pesce- sì uova, latte e derivati)
  - dieta vegana (no carne, no pesce, no uova, no latte e derivati)

2. In caso di necessità di dieta sanitaria per intolleranza o allergia è **necessario compilare anche** il MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE e allegare la documentazione richiesta

3. Le esclusioni indicate sopra NON tengono conto di possibili tracce di allergeni contenute nelle materie prime utilizzate

4. La richiesta è ritenuta valida per l'intero ciclo scolastico

5. Il sottoscritto è consapevole che la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione ASL.

*Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri.*

Luogo e data

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_