

MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE ANNO SCOLASTICO

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 _____

INFANZIA

PRIMARIA

SECONDARIA I GRADO

Giorni di rientro

LUNEDI' MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI' VENERDI'

Il Sottoscritto, come sopra identificato **RICHIEDE** per il proprio figlio/per sè in quanto fruitore del servizio di refezione scolastica la produzione di DIETA SANITARIA.

A tal fine allega la dichiarazione compilata dal **medico curante/pediatra di base, specialista in allergologia e/o malattie metaboliche.**

La dichiarazione rilasciata da specialisti diversi da quelli indicati non sarà accettata.

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/PEDIATRA DI BASE, SPECIALISTA IN ALLERGOLOGIA E/O MALATTIE METABOLICHE

Si certifica che (nome e cognome) _____

Nato/a il _____ presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE

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

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche in allegato:

- 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

MALATTIA METABOLICA (favismo, celiachia, deficit enzimatico, altro)

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

In caso di non compilazione l'alternativa che CIRFOOD somministra è un prodotto privo di tutti gli allergeni di cui sopra.

Durata della dieta sanitaria, tenendo presente che il certificato medico come previsto da normativa non deve essere rinnovato nel caso di dieta per malattia metabolica. Per tutte le altre diete sanitarie che devono essere rinnovate annualmente si chiede di specificarne la durata solo se inferiore ad un anno scolastico.

intero ciclo scolastico

intero anno scolastico

n _____ mesi

Data _____

Timbro e firma del Medico Curante

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

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 _____

INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA I GRADO

Giorni di rientro LUNEDI' MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI' VENERDI'

Il Sottoscritto, come sopra identificato:

1. **RICHIEDE** per il proprio figlio/per sè in quanto 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 contenute nelle materie prime utilizzate

4. La richiesta è ritenuta valida fino a revoca da compilarsi su apposito modulo

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

Luogo e data

Firma leggibile
