



## MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE ANNO SCOLASTICO 2022-2023

<p><b>Il sottoscritto/a</b> (NOME COGNOME) _____</p> <p>Genitore/tutore di (NOME COGNOME ALUNNO) _____</p> <p style="text-align: center;"><b>OPPURE</b></p> <p><b>Il sottoscritto/a operatore scolastico/Docente</b> _____</p>
--

telefono/cellulare (solo in caso di necessità di chiarimenti) \_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica (facoltativo) \_\_\_\_\_

### Scuola di riferimento:

NIDO    INFANZIA Classe \_\_\_\_    PRIMARIA Classe \_\_\_\_    SECONDARIA I GRADO Classe \_\_\_\_

### Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico

MERENDA DI META' MATTINO                       PRANZO

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 SPECIALE per:

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

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 LA DITTA APPALTATRICE DEL SERVIZIO MENSA 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 LA DITTA APPALTATRICE DEL SERVIZIO MENSA 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 SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA" allegato alla presente).
- **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**
- 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 speciale, **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.
- 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.