

MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE ANNO SCOLASTICO 2026 - 2027

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

Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico fornito da CIRFOOD

☐ COLAZIONE ☐ MERENDA DI META MATTINO ☐ PRANZO ☐ MERENDA DI META POMERIGGIO

Giorni di rientro ☐ LUNEDI' ☐ MARTEDI' ☐ 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:

☐ 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:

.....

☐ ANNULLAMENTO dieta sanitaria - <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

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.
- 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^ alla 5^ 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 autoiniettabile

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 2025 - 2026

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

Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico fornito da CIRFOOD

☐ COLAZIONE ☐ MERENDA DI META MATTINO ☐ PRANZO ☐ MERENDA DI META POMERIGGIO

Giorni di rientro ☐ LUNEDI' ☐ MARTEDI' ☐ 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 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