

MODULO A - RICHIESTA DIETE SANITARIE ANNO SCOLASTICO 2022/2023

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

Il Sottoscritto, come sopra identificato:

1. **RICHIESTE** per il proprio figlio/per se in quanto 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 gravi reazioni allergiche, ricovero ospedaliero, shock anafilattico)☐ **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** - a tal fine si allega Certificato del medico curante con prescrizione di dieta libera

2. **Informativa pane artigianale (autodichiarazione, da accompagnare a certificato medico per diete a rischio vita)**

1) gli ingredienti del PANE e della BASE PER PIZZA sono: farina di frumento, lievito, sale ed eventualmente olio;
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**

NOTA BENE: In caso di

1. NON AUTORIZZAZIONE
2. NON COMPILAZIONE
3. AUTODICHIARAZIONE PER DIETE A RISCHIO VITA NON ACCOMPAGNATE DA CERTIFICAZIONE MEDICA CHE AUTORIZZA LE TRACCE PER IL PANE

l'alternativa che CIRFOOD somministra è un prodotto privo degli allergeni da escludere per la dieta.

3. **È CONSAPEVOLE CHE** la procedura attuata prevede quanto segue:

- Si accettano solo certificati con timbro e firma del medico specialista, ad esempio pediatra, specialisti in allergologia, malattie metaboliche, gastroenterologia o del medico curante.
- **NON** si accettano dichiarazioni di altre figure sanitarie e referti di analisi in assenza di certificazione medica.
- È preferibile l'utilizzo del modulo B "CERTIFICAZIONE MEDICA PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA" allegato al presente.
- In assenza di precisa indicazione medica la dieta speciale 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^a alla 5^a 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.
- 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 del Servizio Sanitario Locale.

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

Luogo e data

Firma leggibile

MODULO B - CERTIFICAZIONE MEDICA PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA

(da presentare insieme al MODULO A)

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE

N.B. Si accettano solo certificati con timbro e firma del medico specialista (ad esempio pediatra, specialisti in allergologia, malattie metaboliche, gastroenterologia o del medico di base).

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 autoiniettabileSI ☐ NO ☐☐ **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**_____
_____**Informativa pane artigianale:**

- 1) gli ingredienti del PANE e della BASE PER PIZZA sono: farina di frumento, lievito, sale ed eventualmente olio;
- 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).

SI CERTIFICA 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

Durata della dieta sanitaria:

- ☐ intero ciclo scolastico
- ☐ intero anno scolastico
- ☐ temporanea dal _____ al _____

Timbro e firma del Medico Curante
