

MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE ANNO SCOLASTICO 2021/2022

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 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"/> è da considerare "A RISCHIO VITA" (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"/> è da considerare "A RISCHIO VITA" (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>

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^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 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

INTOLLERANZA ALIMENTARE

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO

ALTRA PATOLOGIA _____

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

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 2021/2022

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 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. 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
