

MODULO RICHIESTA DIETE SPECIALI ANNO SCOLASTICO

Dieta permanente

Comune di _____

Il sottoscritto/a (NOME COGNOME) _____

telefono/cellulare (solo in caso di necessità di chiarimenti) _____

Genitore di (NOME COGNOME ALUNNO) _____

Operatore scolastico/Docente _____

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, nell'A.S. _____, la produzione di **DIETA SPECIALE** per:

intolleranza alimentare (precisare alimento/i che generano intolleranza)

allergia alimentare (precisare alimento/i che generano allergia)

malattia metabolica (specificare la malattia; es. diabete, ecc...)

altra patologia (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi comportamento alimentare, ecc...; definire la tipologia di dieta richiesta)

motivazione etico-religiosa (specificare il tipo/i di carne da non somministrare es. maiale, bovino, tutti i tipi di carne...)

2. Nell'ambito della corretta gestione di tutte le diete speciali, per garantire un presidio ulteriore nelle situazioni più gravi, **DICHIARA**, allo stato delle proprie conoscenze, che la dieta richiesta

è da considerarsi "a rischio vita", cioè il cui non rispetto è a rischio vita o è causa di gravi effetti per la salute, ad esempio shock anafilattico ecc.

è da considerarsi "NON a rischio vita", cioè il cui non rispetto NON è a rischio vita.

Inoltre, consapevole del fatto che 1) gli ingredienti del **PANE** sono: farina di frumento, lievito, sale ed eventualmente olio extravergine di oliva; 2) i fornitori artigianali dai quali CIR food si approvvigiona dichiarano che lo stesso contiene **GLUTINE** e potrebbe contenere in tracce i seguenti allergeni: **CEREALI CONTENENTI GLUTINE, 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 i tali (ai sensi del Reg. UE 1169/2011, D.Lgs. 109/92, 88/2009 e s.m.i),

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO **

LA SOMMINISTRAZIONE DEL PANE A SCUOLA.

IN CASO DI NON AUTORIZZAZIONE o di DIETA PER CELIACHIA/PRIVA DI GLUTINE, l'alternativa che CIR food somministra è un prodotto privo di tutti gli allergeni di cui sopra, costituito da **GALLETTE DI RISI.

3. Allega certificato medico in originale o in copia.

N.B. 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.

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, ma solo a seguito di autodichiarazione scritta del genitore in attesa del certificato medico. Per le sospensioni della dieta è necessario il certificato medico o in mancanza una autodichiarazione scritta del genitore.

La richiesta di produzione della dieta ha valore per l'A.S. _____, da settembre a giugno, e per eventuali centri estivi gestiti da CIR food, previa comunicazione della sede di destinazione. Le forme permanenti di diete speciali (es. celiachia, favismo, diabete, ecc...) non necessitano di reinvio del certificato per tutto il periodo di permanenza nello stesso grado scolastico o nello stesso Istituto Scolastico.

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
