



**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. RICHIEDE** per il proprio figlio/per se in quanto fruitore del servizio di refezione scolastica la produzione di DIETA SANITARIA per:

<input type="checkbox"/> <b>Intolleranza alimentare</b> 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"/> <b>Allergia alimentare</b> 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"/> <b>è da considerare "A RISCHIO VITA"</b> (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di gravi reazioni allergiche, ricovero ospedaliero, shock anafilattico)
<input type="checkbox"/> <b>Malattia metabolica o autoimmune</b> (specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc...) - <u>a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi:</u> ..... <input type="checkbox"/> <b>è da considerare "A RISCHIO VITA"</b> (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di gravi reazioni allergiche, ricovero ospedaliero, shock anafilattico)
<input type="checkbox"/> <b>Altro</b> (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> ..... .....
<input type="checkbox"/> <b>ANNULLAMENTO dieta sanitaria</b> - <u>a tal fine si allega Certificato del medico curante con prescrizione di dieta libera</u>

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<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.
- 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 autoiniezzabile

SI  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

\_\_\_\_\_