

MODULO RICHIESTA DIETE SPECIALI ANNO SCOLASTICO 2023 - 2024

Comune di **SAN BENEDETTO PO**

Il sottoscritto/a cognome nome _____

telefono/cellulare _____

e-mail _____

in qualità di

genitore/tutore di cognome nome _____

operatore scolastico / docente

scuola di riferimento: nome scuola _____

Classe _____

Sezione _____

INFANZIA

PRIMARIA

SECONDARIA DI I GRADO

Il sottoscritto, come sopra identificato:

TUTTI I GIORNI LUNEDÌ MARTEDÌ MERCOLEDÌ GIOVEDÌ VENERDÌ SABATO

per i seguenti pasti

MERENDA di metà mattino PRANZO

1. **RICHIEDE** per il proprio figlio/per sé in quanto docente fruitore del servizio di refezione scolastica la produzione di DIETA SPECIALE per:

intolleranza alimentare (precisare alimento/i che genera/generano intolleranza)

allergia alimentare (precisare alimento/i che genera/generano allergia)

considerare A RISCHIO VITA (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di gravi reazioni allergiche, ricovero ospedaliero, shock anafilattico)

malattia metabolica o autoimmune (specificare la malattia; es. diabete, celiachia, favismo ecc.)

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)

considerare A RISCHIO VITA (poiché a rischio di ricovero ospedaliero e/o gravi rischi per la salute)

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

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

in caso di non autorizzazione dalla dieta saranno eliminate tutte le possibili tracce dichiarate dalle schede tecniche dei prodotti - esempio: dieta no legumi no tracce → eliminati dalla dieta tutti i prodotti, confezionati e non, che presentano l'allergene SOIA → dalla dieta verranno eliminati erbazzone, pizza, farina, biscotti, torte, gelati, ecc.

3. INFORMATIVA PANE ARTIGIANALE (AUTODICHIARAZIONE)

NON COMPILARE IN CASO DI DIETA PER ESCLUSIONE DI GLUTINE

- 1) gli ingredienti del PANE sono: farina di frumento, lievito ed eventualmente sale e olio extravergine di oliva;
- 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 i tali (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

In caso di mancata autorizzazione alla somministrazione di prodotto contenente tracce o in caso di mancata compilazione, l'alternativa che CIRFOOD somministra è un prodotto privo di tutti gli allergeni di cui sopra.

4. DIETE SANITARIE

Il sottoscritto allega **certificato medico o documento alternativo a timbro e firma del medico curante** in originale, con **diagnosi** e – salvo in caso di malattie metaboliche o autoimmuni – **elenco alimenti da escludere** dall'alimentazione.

È consapevole che la richiesta di dieta speciale prevede quanto segue:

- **si accettano solo certificati di SPECIALISTI, quali pediatri di libera scelta, 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
- per tutte le sospensioni, integrazioni e/o revoca della dieta è necessario presentare certificato medico
- in assenza di precisa indicazione medica, il certificato medico (o documento alternativo) presentato avrà validità di un anno scolastico (da settembre a giugno/luglio) per infanzia/nido; dalla primaria lo stesso avrà validità per l'intero ciclo scolastico
- le richieste di dieta per malattie metaboliche e autoimmuni permanenti (es. celiachia, favismo, diabete, ecc...) hanno validità per l'intero ciclo scolastico
- **il consumo di alimenti con tracce di allergeni è possibile SOLO SE ESPRESSAMENTE previsto dal certificato medico, ad eccezione del pane, per il quale si ammette autodichiarazione del genitore**
- **la dieta speciale si intenderà correttamente attivata solo dopo che il competente ufficio comunale avrà trasmesso al richiedente copia della tabella dietetica personalizzata appositamente elaborata sulla base del certificato medico presentato**

5. DIETE ETICO-RELIGIOSE

La richiesta di produzione della dieta per motivazione etico-religiosa ha valore per l'anno scolastico.

Le esclusioni per motivazioni etiche o religiose NON tengono conto di possibili tracce contenute nelle materie prime utilizzate.

6. Il sottoscritto è consapevole che la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione ATS.

Il sottoscritto dichiara:

- che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri;
- di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali e particolari (c.d. *sensibili*) ai sensi del GDPR – art. 13 regolamento UE 2016/679 – e di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati suddetti.

Firma leggibile

San Benedetto Po, li _____