

## MODULO A - RICHIESTA DIETE SANITARIE ANNO SCOLASTICO 2025/2026

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:

**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"** (necessità 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"** (necessità 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 (cioè mandorle, nocciole, noci, noci di acagiù, noci di pecan, noci del Brasile, pistacchi, noci macadamia), 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 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 autoiniezzabileSI  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 (cioè mandorle, nocciole, noci, noci di acagiù, noci di pecan, noci del Brasile, pistacchi, noci macadamia), 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 e s.m.i.).

**DATE LE INFORMATIVE DI CUI SOPRA, 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

**MODULO C - RICHIESTA DI PASTO ALTERNATIVO PER MOTIVAZIONI ETICHE O RELIGIOSE  
ANNO SCOLASTICO 2025/2026**

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 pasto alternativo per motivazione etico-religiosa:

 no tutti i tipi di carne no suino (maiale) no bovino (mucca) no avicoli (pollo, tacchino) no equino (cavallo) scelta ovo-latto vegetariana (no carne, no pesce, sì uova, sì latte e derivati) scelta vegana (no carne, no pesce, no uova, no latte e derivati) ANNULLAMENTO richiesta pasto alternativo

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. La richiesta è ritenuta valida per l'intero ciclo scolastico (es. per tutta la permanenza presso la medesima scuola dell'infanzia, dalla classe 1^ alla 5^ della medesima scuola primaria, ...).

5. 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