



Comune di Casatenovo

Provincia di Lecco

Ufficio Scolastico

MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE ANNO SCOLASTICO 2026/27

Comune di **CASATENOVO**

Il sottoscritto/a (NOME COGNOME) _____

Genitore/tutore di (NOME COGNOME ALUNNO) _____

Codice PAN _____

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 _____

INFANZIA

PRIMARIA

SECONDARIA I GRADO

Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico

PRANZO

Giorni di rientro LUNEDI' MARTERDI' MERCOLEDI' GIOVEDI' VENERDI'

Il Sottoscritto, come sopra identificato:

1. **RICHIEDE** per il proprio figlio/per se stesso in quanto Docente 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" (necessita 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" (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di ricovero

P.zza della Repubblica 7- 23880 Casatenovo (LC) - C.F./P.I. 00631280138

tel. 039.9235285

pec: protocollo.casatenovo@legalmail.it

e-mail: ufficio.scolastico@comune.casatenovo.lc.it



Comune di Casatenovo

Provincia di Lecco

Ufficio Scolastico

ospedaliero e gravi rischi per la salute)

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:

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

P.zza della Repubblica 7- 23880 Casatenovo (LC) - C.F./P.I. 00631280138
tel. 039.9235285

pec: protocollo.casatenovo@legalmail.it
e-mail: ufficio.scolastico@comune.casatenovo.lc.it