

MODULO A - RICHIESTA DIETE SANITARIE ANNO SCOLASTICO 2026-2027

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"/> Intolleranza alimentare 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"/> Allergia alimentare a (specificare alimento/i) - <u>a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:</u> <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> è da considerare "A RISCHIO VITA" (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di gravi reazioni allergiche, ricovero ospedaliero, shock anafilattico) </div>
<input type="checkbox"/> Malattia metabolica o autoimmune (specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc...) - <u>a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi:</u> <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> è da considerare "A RISCHIO VITA" (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di gravi reazioni allergiche, ricovero ospedaliero, shock anafilattico) </div>
<input type="checkbox"/> Altro (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"/> ANNULLAMENTO dieta sanitaria - <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 (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^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 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 autoiniettabile

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 (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 2026-2027**

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^a alla 5^a 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
