

MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE ANNO SCOLASTICO 2026-2027

- 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) _____

Riferimento: Nome Scuola _____ Classe _____

- INFANZIA
 PRIMARIA
 SECONDARIA I GRADO
 SECONDARIA II GRADO

Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico fornito da CIRFOOD

- COLAZIONE
 MERENDA DI META MATTINO
 PRANZO
 MERENDA DI META POMERIGGIO

Il Sottoscritto, come sopra identificato:

1. **RICHIESTE** per il proprio figlio/per se in quanto Docente 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="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> è da considerare "A RISCHIO VITA" (necessità 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="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> è da considerare "A RISCHIO VITA" (necessità di farmaci salvavita poiché a rischio di ricovero ospedaliero e gravi rischi per la salute) </div>
<input type="checkbox"/> Altro (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi comportamento alimentare, ecc...; definire la tipologia di dieta e consistenza richiesta) - <u>a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:</u>
<input type="checkbox"/> Dieta di consistenza morbida <input type="checkbox"/> Dieta di consistenza tritata <input type="checkbox"/> Dieta di consistenza omogeneizzata

ANNULLAMENTO dieta sanitaria - a tal fine si allega Certificato del medico curante con prescrizione di dieta libera

2. **DICHIARA**, come riportato sul certificato medico allegato che:

l'allergene presente in tracce **PUÒ** ESSERE TOLLERATO

l'allergene presente in tracce **NON PUÒ** ESSERE TOLLERATO

(in caso di non autorizzazione procederemo ad eliminare dalla dieta 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. Per le **DIETE CON ESCLUSIONE DI FRUTTA A GUSCIO, ARACHIDI**, in caso di possibilità al consumo di **CIOCCOLATO/CACAO** si richiede di specificare :

Consapevole di quanto sopra esplicitato il sottoscritto **DICHIARA** che

CIOCCOLATO /CACAO **PUÒ** ESSERE TOLLERATO

CIOCCOLATO/CACAO **NON PUÒ** ESSERE TOLLERATO

4. **Informativa pane artigianale:**

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 gli stessi (ai sensi del Reg. UE 1169/2011, D.Lgs. 109/92, 88/2009 e s.m.i).

IN CASO DI POSSIBILITA' DI CONSUMO DI PANE CONTENENTE ALLERGENI IN TRACCE, E' RICHiesto CHE TALE AUTORIZZAZIONE VENGA SPECIFICATA SUL CERTIFICATO MEDICO REDATTO DALLO SPECIALISTA.

Nel caso in cui vi sia impossibilità di aggiornare la certificazione del medico specialista, è di fatto onere e obbligo del dichiarante compilare la seguente autocertificazione. In caso di mancata compilazione **l'alternativa** che CIRFOOD somministra è un prodotto privo di tutti gli allergeni di cui sopra, costituito da **GALLETTE**

Autocertificazione - Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/ _____

c.f. _____

nato a _____ (____) il ___/___/____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

Consapevole di quanto sopra esplicitato il sottoscritto **DICHIARA** che

l'allergene presente in tracce **PUÒ** ESSERE TOLLERATO

l'allergene presente in tracce **NON PUÒ** ESSERE TOLLERATO

5. Informativa pasta di semola

I principali produttori da cui CIRFOOD si approvvigiona dichiarano che la stessa contiene GLUTINE e potrebbe contenere l'allergene SOIA in tracce in quanto rilevata sulle semole utilizzate per la produzione (ai sensi del Reg. UE 1169/2011, D.Lgs. 109/92, 88/2009 e s.m.i).

IN CASO DI POSSIBILITA' DI CONSUMO DI PASTA DI SEMOLA CONTENENTE TRACCE DI SOIA, E' RICHIESTO CHE TALE AUTORIZZAZIONE VENGA SPECIFICATA SUL CERTIFICATO MEDICO REDATTO DALLO SPECIALISTA.

Nel caso in cui vi sia impossibilit  di aggiornare la certificazione del medico specialista,   di fatto onere e obbligo del dichiarante compilare la seguente autocertificazione. In caso di mancata compilazione **l'alternativa** che CIRFOOD somministra   un prodotto privo dell'allergene soia costituita da **RISO**

Autocertificazione - Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/ _____
c.f. _____
nato a _____ (____) il ____/____/____,
residente a _____ (____) in _____ n° _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci   punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

Consapevole di quanto sopra esplicitato il sottoscritto **DICHIARA** che

- l'allergene presente in tracce **PU ** ESSERE TOLLERATO
- l'allergene presente in tracce **NON PU ** ESSERE TOLLERATO

Il consumatore ha richiesto anche un pasto alternativo per motivazioni etiche o religiose (In caso di richiesta di pasto alternativo   **necessario compilare anche** il MODULO RICHIESTA PASTI ALTERNATIVI PER MOTIVAZIONI ETICHE O RELIGIOSE)

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** (  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 avr  validit  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 validit  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, ...) anche se non specificato nel certificato medico.
- **Per tutte le sospensioni, integrazioni e/o restrizioni della dieta   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**, n  da parte degli insegnanti, n  da parte dei genitori.
- Si consiglia di mantenere copia della seguente documentazione unitamente al certificato medico in caso di necessit  di presentazione per la frequentazione di centri estivi
- Il sottoscritto   consapevole che la documentazione fornita pu  essere soggetta a valutazione ASL.

CIRFOOD s.c.

Sede Legale

Via Nobel 19, 42124 Reggio Emilia - Casella Postale n  65 - Tel. 0522 53011 Fax 0522 530100

info@cirfood.com • www.cirfood.com

Cod. Fisc. e P.IVA 00464110352 - Registro imprese di Reggio Emilia n  00464110352 - REA RE 132738

CIRFOOD s.c. iscritta all'ALBO SOCIET  COOPERATIVE con il numero A109985

Sezione COOPERATIVE A MUTUALIT  PREVALENTE - categoria COOPERATIVE DI PRODUZIONE E LAVORO



Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri.

Luogo e data

Firma leggibile

CIRFOOD s.c.

Sede Legale

Via Nobel 19, 42124 Reggio Emilia - Casella Postale n° 65 - Tel. 0522 53011 Fax 0522 530100

info@cirfood.com • www.cirfood.com

Cod. Fisc. e P.IVA 00464110352 - Registro imprese di Reggio Emilia n° 00464110352 - REA RE 132738

CIRFOOD s.c. iscritta all'ALBO SOCIETÀ COOPERATIVE con il numero A109985

Sezione COOPERATIVE A MUTUALITÀ PREVALENTE - categoria COOPERATIVE DI PRODUZIONE E LAVORO

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE - N.B. Si accettano solo certificati di SPECIALISTI, quali pediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche.

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

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche:

- Esami in vivo (es: Prick Test, Prick by Prick)
- Esami in Vitro (es: IgE specifiche, RAST, ISAC)
- Biopsia intestinale
- Breath test
- Test di provocazione orale

INTOLLERANZA ALIMENTARE

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO

ALTRA PATOLOGIA _____

NECESSITA' DI DIETA DI CONSISTENZA: () morbida () tritata () omogeneizzata

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**

Ulteriori specifiche

- l'alimento o allergene presente in tracce PUÒ ESSERE TOLLERATO
- l'alimento o allergene presente in tracce NON PUÒ ESSERE TOLLERATO

Durata della dieta sanitaria

- intero ciclo scolastico
- intero anno scolastico
- n _____ mesi

Timbro e firma del Medico Curante
