



COMUNE DI ROVERCHIARA

PROVINCIA DI VERONA
Via Vittorio Veneto, 7 - C.A.P. 37050
Cod. Fisc. 82002370235 - P.IVA 01703080232

MODULO A - RICHIESTA DIETA SANITARIA

ANNO SCOLASTICO 2026/2027

Comune di **ROVERCHIARA**

- 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: SCUOLA PRIMARIA G. PASCOLI Classe _____ Sezione _____

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"** (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 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



COMUNE DI ROVERCHIARA

PROVINCIA DI VERONA

Via Vittorio Veneto, 7 - C.A.P. 37050

Cod. Fisc. 82002370235 - P.IVA 01703080232

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



COMUNE DI ROVERCHIARA

PROVINCIA DI VERONA
Via Vittorio Veneto, 7 - C.A.P. 37050
Cod. Fisc. 82002370235 - P.IVA 01703080232

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.).

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
