MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE ANNO SCOLASTICO 2026/27

Il

Il sottoscritto/a (NOME COGNOME GENITORE)_____

Genitore/tutore di (NOME COGNOME ALUNNO)_____

telefono/cellulare (solo in caso di necessità di chiarimenti) _____

indirizzo di posta elettronica (facoltativo) _____

Scuola di riferimento: Nome scuola _____Classe _____ Sezione _____

❑ SCUOLA INFANZIA VARINI ❑ SCUOLA INFANZIA AI CADUTI

Il Sottoscritto, come sopra identificato:

1. **RICHIEDE per il proprio figlio/per se 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 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: ……
❑ **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 o all'interno dello stabilimento di produzione PUÒ ESSERE TOLLERATO
❑ l'allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione NON PUÒ ESSERE TOLLERATO

3. **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 CONTENTE 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 DI RISO**

Autocertificazione - Dichiarazione sostitutiva di certificazione - art. 46 e 47 D.P.R.28/12/2000 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 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

4. 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 CONTENTE TRACCE DI SOIA, 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 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 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

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^ alla 5^ 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

_____

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 _____

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 o all'interno dello stabilimento di produzione PUÒ ESSERE TOLLERATO
❑ l'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione NON PUÒ ESSERE TOLLERATO

Durata della dieta sanitaria
❑ intero ciclo scolastico
❑ intero anno scolastico □
❑ n_____mesi □

Timbro e firma del Medico Curante

_____

IN ALTERNATIVA ALLA COMPILAZIONE DELLA SUDDETTA PARTE, E' POSSIBILE ALLEGARE UN CERTIFICATO MEDICO SPECIALISTICO (PEDIATRA, ALLERGOLOGO, SPECIALISTA IN MALATTIE METABOLICHE, ETC….)

MODULO RICHIESTA DI PASTO ALTERNATIVO PER MOTIVAZIONI ETICHE O RELIGIOSE - ANNO SCOLASTICO 2026/27

Il sottoscritto/a (NOME COGNOME GENITORE)_____

Genitore/tutore di (NOME COGNOME ALUNNO)_____

telefono/cellulare (solo in caso di necessità di chiarimenti) _____

indirizzo di posta elettronica (facoltativo) _____

Scuola di riferimento: Nome scuola _____Classe _____ Sezione _____

❑ SCUOLA INFANZIA VARINI ❑ SCUOLA INFANZIA AI CADUTI

Il Sottoscritto, come sopra identificato:

1. **RICHIEDE per il proprio figlio/per se in quanto Docente fruitore del servizio di refezione scolastica, la produzione di pasto alternativo per motivazione etico-religiosa:**

- **Motivazione religiosa**
  - □ no tutti i tipi di carne
  - □ no suino
  - □ no bovino
  - □ altro (specificare) _____

- **Motivazione etica**
  - □ dieta ovo-latto vegetariana (no carne, no pesce- sì uova, latte e derivati)
  - □ dieta vegana (no carne, no pesce, no uova, no latte e derivati)

2. **In caso di necessità di dieta sanitaria per intolleranza o allergia è <u>necessario compilare anche</u> 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**
5. 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

_____