**MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE ANNO SCOLASTICO 2022-2023**

**Comune di** MEDA

* Il sottoscritto/a (NOME COGNOME)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Genitore/tutore di (NOME COGNOME ALUNNO)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* OPPURE
* Il sottoscritto/a operatore scolastico/Docente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 telefono/cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Scuola di riferimento:** Nome scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Classe \_\_\_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_

 **□** INFANZIA **□** PRIMARIA **□** SECONDARIA I GRADO

**Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico fornito da CIRFOOD**

 □ PRANZO □ MERENDA DI META POMERIGGIO

**Giorni di rientro** □ LUNEDI’ □ MARTERDI’ □ MERCOLEDI’ □ GIOVEDI’ □ VENERDI’

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 SPECIALE 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **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

**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 SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA” allegato alla presente).
* **Il consumo di alimenti con tracce di allergeni è possibile SOLO SE ESPRESSAMENTE previsto dal certificato medico**
* 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^ 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 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 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 □

□ **INTOLLERANZA ALIMENTARE**

□ **CELIACHIA**

□ **MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**

□ **ALTRA PATOLOGIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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 speciale**

**intero ciclo scolastico** □

**intero anno scolastico** □

**n\_\_\_\_\_\_\_\_mesi** □

**Timbro e firma del Medico Curante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MODULO RICHIESTA DI PASTO ALTERNATIVO PER MOTIVAZIONI ETICHE O RELIGIOSE**

**ANNO SCOLASTICO 2022-2023**

**Comune di** \_\_\_MEDA\_

* 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 \_\_\_\_\_

 **□** INFANZIA **□** PRIMARIA **□** SECONDARIA I GRADO

**Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico fornito da CIRFOOD**

 □ PRANZO □ MERENDA DI META POMERIGGIO

**Giorni di rientro** □ LUNEDI’ □ MARTERDI’ □ MERCOLEDI’ □ GIOVEDI’ □ VENERDI’

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 speciale 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 contenute nelle materie prime utilizzate

4. 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |