

## MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE ANNO SCOLASTICO 2024 - 2025

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

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

- COLAZIONE     MERENDA DI META MATTINO     PRANZO     MERENDA DI META POMERIGGIO

Giorni di rientro       LUNEDI'     MARTERDI'     MERCOLEDI'     GIOVEDI'     VENERDI'

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> ..... <input type="checkbox"/> <b>è da considerare "A RISCHIO VITA"</b> (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di gravi reazioni allergiche, ricovero ospedaliero, shock anafilattico)
<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> ..... <input type="checkbox"/> <b>è da considerare "A RISCHIO VITA"</b> (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di ricovero ospedaliero e gravi rischi per la salute)
<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> .....

**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 CONTENENTE ALLERGENI IN TRACCE, 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 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 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 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 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 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<sup>a</sup> alla 5<sup>a</sup> 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**

\_\_\_\_\_