

MODULO RICHIESTA **DIETE SANITARIE** a.s. ....

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. RICHIEDE** per il proprio figlio/per se in quanto Docente fruitore del servizio di refezione scolastica la produzione di DIETA SANITARIA per:

<input type="checkbox"/> <b>Intolleranza alimentare</b> 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>Allergia alimentare</b> 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"/> <b>Malattia metabolica o autoimmune</b> (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"/> <b>Altro</b> (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> .....
<input type="checkbox"/> <b>ANNULLAMENTO dieta sanitaria</b> - <u>a tal fine si allega Certificato del medico curante con prescrizione di dieta libera</u> .....

## 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).

**N.B.: 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).

**N.B.: 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MODULISTICA DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE  
(IN SOSTITUZIONE DEL CERTIFICATO MEDICO)**

**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 autoiniezzabile  
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**

\_\_\_\_\_