

## MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE

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 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:

\_\_\_\_\_

- 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 (AUTODICHIARAZIONE):**

- 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).

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

**NB. IN CASO DI NON AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI PRODOTTO CONTENENTE TRACCE O IN CASO DI NON COMPILAZIONE, l'alternativa che CIRFOOD somministra è un prodotto privo di tutti gli allergeni di cui sopra, costituito da GALLETTE DI RISO**

**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 ad eccezione del pane per il quale si ammette AUTODICHIARAZIONE del genitore**
- **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<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 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.

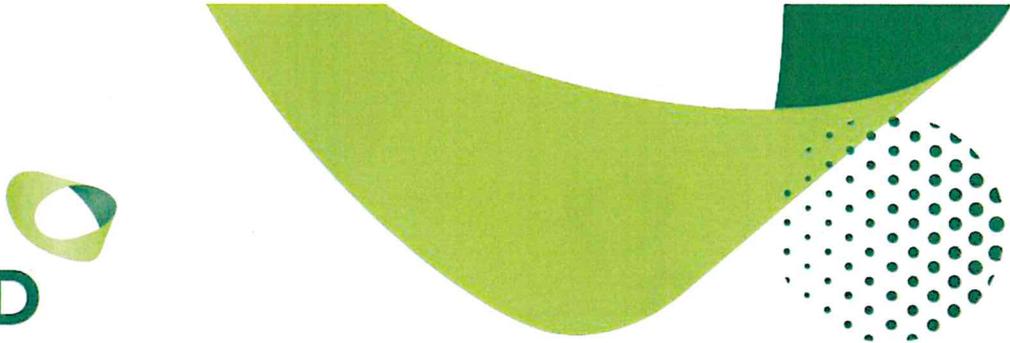
*Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri.*

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**

\_\_\_\_\_

CIRFOOD s.c.

Sede Legale

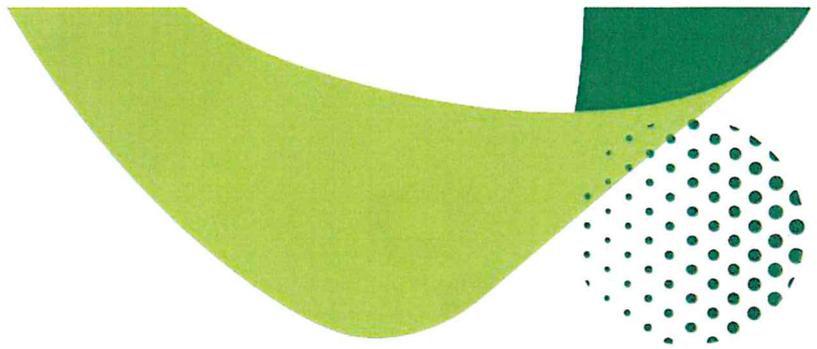
Via Nobel 19, 42124 Reggio Emilia - Casella Postale n° 65 - Tel. 0522 53011 Fax 0522 530100

info@cirfood.com • www.cirfood.com

Cod. Fisc. e P.IVA 00464110352 - Registro imprese di Reggio Emilia n° 00464110352 - REA RE 132738

CIRFOOD s.c. iscritta all'ALBO SOCIETÀ COOPERATIVE con il numero A109985

Sezione COOPERATIVE A MUTUALITÀ PREVALENTE - categoria COOPERATIVE DI PRODUZIONE E LAVORO



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

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 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. La richiesta è ritenuta valida per l'intero anno 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_