**MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE ANNO SCOLASTICO ……………**

**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/a o 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/documento alternativo del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall’alimentazione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ❑ Allergia alimentare a (specificare alimento/i) - a tal fine si allega Certificato/documento alternativo 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/documento alternativo 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/documento alternativo del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall’alimentazione: ❑ **è da considerare “A RISCHIO VITA”** (poiché a rischio di ricovero ospedaliero e/o gravi rischi per la salute)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

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

*(in caso di non autorizzazione procederemo ad eliminare dalla dieta tutte le possibili tracce dichiarate dalle schede tecniche dei prodotti esempio: dieta no legumi no tracce 🡪 eliminati dalla dieta tutti i prodotti confezionati e non che presentano l’allergene SOIA 🡪 dalla dieta verranno eliminati erbazzone-pizza-farina-biscotti-torte-gelati ecc )*

1. **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 CONTENTE TRACCE O IN CASO DI NON COMPILAZIONE, l’alternativa** che CIRFOOD somministra è un prodotto privo di tutti gli allergeni di cui sopra

□ Il consumatore ha richiesto anche un pasto alternativo per motivazioni etiche o religiose (In caso di richiesta di pasto alternativo è **necessario compilare anche** il MODULO RICHIESTA PASTI ALTERNATIVI PER MOTIVAZIONI ETICHE O RELIGIOSE)

**E’ CONSAPEVOLE CHE** la procedura attuata prevede quanto segue:

* **Si accettano solo certificati di SPECIALISTI, quali pediatri di libera scelta, 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).
* **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 sanitaria richiesta avrà validità di un anno scolastico (da settembre a giugno) per nido e infanzia; mentre dalla primaria ed oltre la stessa avrà valenza per l’intero ciclo scolastico.
* 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 AUSL.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma leggibile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |