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

**Comune di** \_\_\_\_Ladispoli\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 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

**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:

|  |
| --- |
| ❑ 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:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| ❑ **ANNULLAMENTO dieta sanitaria** - a tal fine si allega Certificato del medico curante con prescrizione di dieta libera |

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

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, 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 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.**
* **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)
* 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 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**

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

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

**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

**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 sanitaria 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 di allergeni contenute nelle materie prime utilizzate

4. La richiesta è ritenuta valida per l’intero ciclo 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |