

MODULO RICHIESTA DIETE SPECIALI ANNO SCOLASTICO _____

Dieta permanente

Comune di _____

Il sottoscritto/a (NOME COGNOME) _____

telefono/cellulare (solo in caso di necessità di chiarimenti) _____

Genitore di (NOME COGNOME ALUNNO) _____

Operatore scolastico/Docente _____

Scuola di riferimento:

Nome scuola _____ Classe _____ Sezione _____

INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA I GRADO

Il Sottoscritto, come sopra identificato:

RICHIEDE per il proprio figlio/per se in quanto Docente fruitore del servizio di refezione scolastica, nell' A.S. _____, la produzione di DIETA SPECIALE per:

intolleranza alimentare (precisare alimento/i che generano intolleranza)

allergia alimentare (precisare alimento/i che generano allergia)

malattia metabolica (specificare la malattia; es. diabete, ecc...)

altra patologia (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi comportamento alimentare, ecc...; definire la tipologia di dieta richiesta)

motivazione etico-religiosa (specificare il tipo/i di carne da non somministrare es. maiale, bovino, tutti i tipi di carne...)

DICHIARA, inoltre, allo stato delle proprie conoscenze, che la dieta:

è da considerarsi **"A RISCHIO VITA"**, cioè che il suo non rispetto è a rischio vita o è causa di gravi effetti per la salute (esempio shock anafilattico,...) _____

è da considerarsi **"NON A RISCHIO VITA"**, cioè il cui non rispetto NON è a rischio vita.

ALLEGA certificato medico in originale o in copia.

N.B. 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. 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, ma solo a seguito di certificato medico. Per le sospensioni della dieta è necessario il certificato medico. La richiesta di produzione della dieta ha valore per l'A.S. _____ da settembre a giugno, e per eventuali centri estivi gestiti da SERCAR previa comunicazione della sede di destinazione.

Il sottoscritto **E' 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 _____