

MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE – ANNO SCOLASTICO _____

(LEGGERE ATTENTAMENTE LA LETTERA ACCOMPAGNATORIA AL PRESENTE MODULO)



COMUNE DI _____

Il /la sottoscritto/a _____ Residente a _____ Prov.(____)

Telefono/Cellulare _____ Email _____

Genitore/tutore di _____

Frequentante la scuola NIDO INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA I GRADO

Nome o via della scuola _____ Classe _____ Sezione _____

FA PRESENTE CHE L'UTENTE NECESSITA' DI DIETA SPECIALE PER L'INTERO ANNO SCOLASTICO
 TEMPORANEA FINO AL ____/____/____

⇒ PER MOTIVAZIONE ETICA E/O RELIGIOSA

- NO carne suina (maiale) NO carne bovina (manzo, mucca) NO carne avicola (pollo, tacchino)
 NO carne equina (cavallo) NO tutti i tipi di carne, SI pesce
 Scelta vegetariana (NO tutti i tipi di carne, NO pesce)
 Scelta vegana (NO tutti i tipi di carne, NO pesce, NO uova, NO latte e di tutti i derivati) **Necessario certificato medico per età' < 3**

Le preparazioni presenti nelle diete etico – religiose potrebbero contenere **tracce dei seguenti allergeni**: cereali contenenti glutine, crostacei, uova, pesce, arachidi, soia, latte incluso lattosio, frutta a guscio, sedano, senape, semi di sesamo, anidride solforosa e solfiti, lupini, molluschi.

⇒ PER MOTIVAZIONE SANITARIA. Si allega copia del CERTIFICATO MEDICO*

- Intolleranza alimentare a (specificare alimento/i) _____
 Allergia alimentare a (specificare alimento/i): _____
 Malattia metabolica (specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc.): _____
 Altro (specificare): _____

*Si accolgono **solo** certificati con timbro e firma del medico curante.

NON si accettano dichiarazioni di altre figure sanitarie e referti di analisi in assenza di certificazione medica.
La documentazione fornita potrebbe essere soggetta a valutazione del Servizio Sanitario Locale.

In qualità di genitore/tutore dell'utente e allo stato delle mie conoscenze attuali **DICHIARO** che **la dieta sanitaria** richiesta:

- è da considerare "A RISCHIO VITA"** (rischio di shock anafilattico, ricovero ospedaliero, gravi reazioni allergiche)
 non è da considerare a rischio vita

Inoltre, consapevole del fatto che 1) gli ingredienti del **PANE** sono: farina di **frumento**, lievito, sale ed eventualmente olio extravergine di oliva; 2) i fornitori artigianali dai quali Coop.SPERANZA si approvvigiona dichiarano che lo stesso contiene **GLUTINE** e potrebbe contenere in tracce i seguenti allergeni: **CEREALI CONTENENTI GLUTINE, 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 nella stessa linea di lavorazione sono effettuate anche altre produzioni contenenti i tali (ai sensi del Reg.UE 1169/2011, D.Lgs.109/92, 88/2009 e s.m.i),

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO **** **LA SOMMINISTRAZIONE DEL PANE A SCUOLA**

**** IN CASO DI NON AUTORIZZAZIONE O DIETA PER CELIACHIO/PRIVA DI GLUTINE**, l'alternativa che Coop.SPERANZA somministra è un prodotto privo di allergeni di cui sopra, costituito da **GALLETTE DI RISO**.

Il sottoscritto dichiara di sapere che, PER SOSPENDERE O VARIARE LA DIETA SPECIALE DURANTE L'ANNO SCOLASTICO, dovrà far pervenire nuova documentazione (rinvio del presente modulo o nuovo certificato medico in caso di dieta sanitaria).

La richiesta ha valore per l'A.S. _____. **Le forme permanenti di diete speciali (es. celiachia, favismo, diabete ecc...)** non necessitano del rinvio del certificato per tutto il periodo di permanenza nello stesso ciclo scolastico (es. dalla 1^a alla 5^a classe della scuola primaria), ma necessitano solo della compilazione del modulo richiesta diete per ogni anno di frequenza.

LA **PRODUZIONE** DELLA DIETA SARA' GARANTITA **DAL TERZO GIORNO LAVORATIVO SUCCESSIVO ALLA RICEZIONE DEL MODULO (E DEL CERTIFICATO MEDICO)**

Esempio: se ricevuto martedì è garantita la produzione da venerdì, da mercoledì si passa alla settimana successiva.

Data ____/____/____

Firma _____