

COMUNE DI / ISTITUTO

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

Telefono/Cellulare Email

Genitore/tutore di (in seguito "utente")

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 A.S. 2019-2020**
 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, SÌ 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 anni)**

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**

ATTENZIONE!! DA LEGGERE E COMPILARE PER TUTTE LE DIETE SANITARIE

Inoltre, consapevole del fatto che 1) gli ingredienti del **PANE e della BASE PER PIZZA** sono: farina di **frumento**, lievito, sale e olio extravergine di oliva; 2) i fornitori artigianali dai quali CIRFOOD si approvvigiona dichiarano che gli stessi contengono **GLUTINE** e potrebbero 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 sulla 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 E DELLA BASE PER PIZZA A SCUOLA.**

****IN CASO DI NON AUTORIZZAZIONE l'alternativa** che CIRFOOD somministra è un prodotto privo di tutti gli allergeni di cui sopra, costituito da **GALLETTE DI RISO**.

In caso di **DIETA PER CELIACHIA/PRIVA DI GLUTINE**, verranno somministrati **PANE SENZA GLUTINE** o **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 e nuovo certificato medico in caso di dieta sanitaria).

La richiesta ha valore per l'A.S.2019-2020. 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^ alla 5^ 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.....