

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:

<input type="checkbox"/> Intolleranza alimentare a (specificare alimento/i) - <u>a tal fine si allega Certificato/documento alternativo del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:</u> _____ _____
<input type="checkbox"/> Allergia alimentare a (specificare alimento/i) - <u>a tal fine si allega Certificato/documento alternativo del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:</u> _____ _____ <input type="checkbox"/> è da considerare "A RISCHIO VITA" (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di gravi reazioni allergiche, ricovero ospedaliero, shock anafilattico)
<input type="checkbox"/> Malattia metabolica o autoimmune (specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc...) - <u>a tal fine si allega Certificato/documento alternativo del medico curante con diagnosi:</u> _____ _____ <input type="checkbox"/> è da considerare "A RISCHIO VITA" (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di ricovero ospedaliero e gravi rischi per la salute)
<input type="checkbox"/> Altro (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi comportamento alimentare, ecc...); <u>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:</u> <input type="checkbox"/> è da considerare "A RISCHIO VITA" (poiché a rischio di ricovero ospedaliero e/o gravi rischi per la salute)

2. 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)

3. 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 CONTENENTE 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^a alla 5^a 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



CIRFOOD

- 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

CIRFOOD s.c.

Sede Legale

Via Nobel 19, 42124 Reggio Emilia - Casella Postale n° 65 - Tel. 0522 53011 Fax 0522 530100

info@cirfood.com • www.cirfood.com

Cod. Fisc. e P.IVA 00464110352 - Registro imprese di Reggio Emilia n° 00464110352 - REA RE 132738

CIRFOOD s.c. iscritta all'ALBO SOCIETÀ COOPERATIVE con il numero A109985

Sezione COOPERATIVE A MUTUALITÀ PREVALENTE - categoria COOPERATIVE DI PRODUZIONE E LAVORO



CIRFOOD

FACOLTATIVO – NON OBBLIGATORIO: DOCUMENTO ALTERNATIVO AL CERTIFICATO MEDICO (COMPENSIVO DI TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE vedi sotto)

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE - N.B. Si accettano solo DOCUMENTI ALTERNATIVI di SPECIALISTI, quali pediatri di libera scelta, 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

INTOLLERANZA ALIMENTARE

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO

ALTRA PATOLOGIA _____

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**

(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)

Durata della dieta speciale

intero ciclo scolastico

intero anno scolastico

n _____ mesi

Timbro e firma del Medico Curante

CIRFOOD s.c.

Sede Legale

Via Nobel 19, 42124 Reggio Emilia - Casella Postale n° 65 - Tel. 0522 53011 Fax 0522 530100

info@cirfood.com • www.cirfood.com

Cod. Fisc. e P.IVA 00464110352 - Registro imprese di Reggio Emilia n° 00464110352 - REA RE 132738

CIRFOOD s.c. iscritta all'ALBO SOCIETA' COOPERATIVE con il numero A109985

Sezione COOPERATIVE A MUTUALITA' PREVALENTE - categoria COOPERATIVE DI PRODUZIONE E LAVORO