

RICHIESTA DI DIETA SPECIALE A.S. 2023/2024

(compilare in stampatello, sottoscrivere in modo leggibile e consegnare all'Ufficio protocollo)

Il/La **SOTTOSCRITTO/A** _____

(COGNOME e NOME GENITORE)

GENITORE (o esercente la responsabilità genitoriale) di

(COGNOME e NOME ALUNNO/A)

Telefono cellulare (per eventuali chiarimenti) _____

Indirizzo e-mail (per comunicazioni) _____

Scuola: **INFANZIA**

Nome Scuola _____ Classe _____ Sezione _____

RICHIESTE nell'**A.S. 2023/2024** per l'alunno/a sopra indicato/a, fruitore del servizio di refezione scolastica:

la produzione di dieta speciale per **MOTIVI DI SALUTE** dovuti a:

intolleranza alimentare a (specificare l'/gli alimento/i che genera/no intolleranza):

 allergia alimentare a (specificare l'/gli alimento/i che genera/no allergia):

 malattia metabolica o autoimmune (specificare la patologia: es. celiachia, favismo, diabete, ecc.):

 altro (specificare: es. difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi del comportamento alimentare, dieta a ridotto apporto calorico, ecc. Definire il tipo di dieta richiesto):

A tal fine **ALLEGA certificazione medica originale**, con diagnosi ed indicazione dell'/gli alimento/i da escludere.

la produzione di dieta speciale per **MOTIVI ETICO-RELIGIOSI**, ovvero:

dieta **priva di carne** (indicare quale):

NO carne di **SUINO** e derivati

NO carne di **BOVINO** e derivati

NO carne di **TUTTI I TIPI** e derivati

ALTRO _____

Ai fini della produzione della **DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE** richiesta, il/la Sottoscritto/a **DICHIARA:**

- che il mancato rispetto della dieta sanitaria richiesta

METTE A RISCHIO LA VITA dell'alunno/a sopra indicato/a (alunno/a soggetto/a ad uso di farmaci salvavita per rischio di reazioni allergiche gravi, ricovero ospedaliero, shock anafilattico e/o altri gravi rischi per la salute).

NON METTE A RISCHIO LA VITA dell'alunno/a sopra indicato/a.

- che ciascun **allergene** eventualmente presente in **TRACCE** all'interno dello stabilimento di produzione del fornitore

PUO' ESSERE TOLLERATO dall'alunno/a sopra indicato/a.

NON PUO' ESSERE TOLLERATO dall'alunno/a sopra indicato/a.

- in merito alla **somministrazione del PANE** all'alunno/a sopra indicato/a, **CONSAPEVOLE** che gli ingredienti del PANE ARTIGIANALE sono farina di frumento, lievito ed eventualmente sale e olio extravergine di oliva, e che i fornitori artigianali dai quali il Concessionario del servizio 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), il/la Sottoscritto/a **DICHIARA** che i suddetti **allergeni eventualmente presenti in TRACCE** all'interno del laboratorio di produzione del fornitore
 - POSSONO** ESSERE TOLLERATI dall'alunno/a interessato/a.
 - NON POSSONO** ESSERE TOLLERATI dall'alunno/a interessato/a.

N.B.: in caso di mancata autorizzazione alla somministrazione di PANE CONTENENTE EVENTUALI TRACCE DEGLI ALLERGENI INDICATI o qualora non venisse compilata la dichiarazione sopra riportata, verrà somministrata dal Concessionario come alternativa un **prodotto privo di tutti gli allergeni** sopra elencati.

Il/La Sottoscritto/a è **CONSAPEVOLE** che la procedura per la produzione di **dieta speciale per motivi di salute** prevede quanto segue:

- saranno accettati **SOLO** certificati medici **originali**. Saranno ammessi certificati medici prodotti in formato digitale soltanto se redatti digitalmente dal medico prescrittore;
- il consumo di **alimenti con TRACCE di allergeni** sarà possibile SOLO SE ESPRESSAMENTE INDICATO dal certificato medico allegato, ad eccezione del **pane** per il quale è ammessa AUTODICHIARAZIONE del genitore;
- in assenza di diversa indicazione medica, la validità della dieta sanitaria richiesta sarà considerata limitata all'anno scolastico nel quale è stata presentata;
- le richieste di dieta per malattie metaboliche o autoimmuni permanenti, quali ad esempio diabete, celiachia e favismo, hanno validità per l'intero percorso scolastico dell'alunno/a (dalla scuola dell'infanzia sino alla scuola secondaria di 1° grado, se iscritto/a in una classe con orario a tempo prolungato), anche se non specificato nel certificato medico;
- qualsiasi richiesta di sospensione, integrazione o restrizione della dieta va obbligatoriamente documentata con certificato medico rilasciato alle condizioni sopra indicate. Per la maggior tutela degli/le alunni/e con dieta speciale, **non saranno accettate modifiche alla dieta comunicate verbalmente o in forma di autodichiarazione scritta** né da parte degli/le insegnanti, né da parte dei genitori;
- è consigliabile conservare copia della presente richiesta e del certificato medico allegato in caso di necessità di richiesta di dieta speciale per la frequentazione di centri estivi;
- la documentazione medica fornita per la predisposizione della dieta speciale può essere soggetta a valutazione da parte di ASP Vivo Valentia.

Il/La sottoscritto/a **DICHIARA** sotto la propria responsabilità che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo **sono veritieri**.

(Luogo)

(Data GG/MM/AAAA)

(Cognome e Nome in stampatello)

(Firma leggibile)