

	<p>COMUNE DI BAISO Provincia di Reggio Emilia</p>	<p>Piazza della Repubblica, n.1 42031 Baiso R.E. tel. 0522-993505 e-mail scuola@comune.baiso.re.it C.F. 80019170353</p>
---	---	--

RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI: A.S.: _____

- Il sottoscritto/a (NOME COGNOME): _____
- Genitore/tutore di (NOME COGNOME ALUNNO): _____
- Telefono/cellulare: _____
- Indirizzo di posta elettronica: _____

Scuola di riferimento:

Nome scuola: _____ Classe _____ Sezione _____

- NIDO INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA I GRADO

Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico:

- Colazione Merenda metà mattino Pranzo Merenda meta pomeriggio

Giorni di rientro:

- LUNEDÌ MARTEDÌ MERCOLEDÌ GIOVEDÌ VENERDÌ

Il Sottoscritto, come sopra identificato:

1. **RICHIESTE:** per il proprio figlio/a o per se in quanto Docente fruitore del servizio di refezione scolastica la produzione di DIETA SPECIALE per:

- Intolleranza alimentare a (specificare alimento/i) - a tal fine si allega **Certificato/documento alternativo del medico curante** con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:

- Allergia alimentare a (specificare alimento/i) - a tal fine si allega **Certificato/documento alternativo del medico curante** con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:

- Barrare qui se da considerare "A RISCHIO VITA" (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di gravi reazioni allergiche, ricovero ospedaliero, shock anafilattico)

- Malattia metabolica o autoimmune (specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc...) - a tal fine si allega **Certificato/documento alternativo del medico curante** con diagnosi:

- Barrare qui se da considerare "A RISCHIO VITA" (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di ricovero ospedaliero e gravi rischi per la salute)

Altro (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi comportamento alimentare, ecc...; 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:

Barrare qui se 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)
- 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)

È 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.**
- **Il consumo di alimenti con tracce di allergeni è possibile SOLO SE ESPRESSAMENTE previsto dal certificato medico.**
- In assenza di precisa indicazione medica la dieta sanitaria richiesta avrà validità di un anno scolastico (da settembre a giugno).
- **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.
- 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: _____

