

MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE

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) _____

Centro estivo: Nome scuola _____

Periodo di frequenza _____

☐ NIDO ☐ INFANZIA ☐ PRIMARIA ☐ SECONDARIA I GRADO

Contrassegnare i pasti consumati :

☐ PRANZO ☐ MERENDA DI META POMERIGGIO

Giorni ☐ LUNEDI' ☐ MARTEDI' ☐ MERCOLEDI' ☐ GIOVEDI' ☐ VENERDI'

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) - <u>a tal fine si allega Certificato/documento alternativo del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:</u>
☐ 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>
☐ è 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...) - <u>a tal fine si allega Certificato/documento alternativo del medico curante con diagnosi:</u>
☐ è 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) - <u>a tal fine si allega Certificato/documento alternativo del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:</u> ☐ è da considerare "A RISCHIO VITA" (poiché a rischio di ricovero ospedaliero e/o gravi rischi per la salute)

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

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):**

(Fare riferimento all'allergene dichiarato nel modulo e nel certificato, DA NON COMPILARE IN CASO DI DIETA PER ESCLUSIONE DI SOLO GLUTINE)

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
- 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 ATS

Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri.

Luogo e data

Firma leggibile

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)

Timbro e firma del Medico Curante

MODULO RICHIESTA DI PASTO ALTERNATIVO PER MOTIVAZIONI ETICHE O RELIGIOSE

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) _____

Centro estivo: Nome _____

Contrassegnare i pasti consumati : ☐ PRANZO ☐ MERENDA DI META POMERIGGIO

Giorni di rientro ☐ LUNEDI' ☐ MARTEDI' ☐ 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 pasto alternativo per motivazione etico-religiosa:

- Motivazione religiosa
 - ☐ no tutti i tipi di carne
 - ☐ no tutti i tipi di carne compreso il pesce
 - ☐ no suino
 - ☐ no bovino
 - ☐ altro (specificare) _____
- Motivazione etica
 - ☐ dieta ovo-latto vegetariana (no carne, no pesce- sì uova, latte e derivati)
 - ☐ dieta latte- vegetariana (no carne, no pesce- no uova – sì latte e derivati)
 - ☐ dieta ovo- vegetariana (no carne, no pesce, no latte e derivati – sì uova)
 - ☐ dieta vegana (no carne, no pesce, no uova, no latte e derivati)

2. ☐ Il consumatore ha richiesto anche una Dieta Sanitaria. (In caso di necessità di dieta sanitaria per intolleranza o allergia è **necessario compilare anche** il MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE e allegare la documentazione richiesta)

3. Le esclusioni per motivazioni etiche o religiose NON tengono conto di possibili tracce contenute nelle materie prime utilizzate

4. Il sottoscritto è consapevole che la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione ATS

Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri.

Luogo e data

Firma leggibile