

Modulo Richiesta Dieta Speciale per motivazioni sanitarie A.S. 2026/2027

AL COMUNE DI MONTECHIARUGOLO
Ufficio Scuola

Il/La sottoscritto/a : _____

In qualità di Genitore/Tutore di _____ nato il _____

oppure Il/La sottoscritto/a docente _____

Recapito telefonico: _____ E-mail: _____

Scuola: _____ Classe/Sezione _____

Barrare i giorni di presenza in mensa:

LUN	MAR	MER	GIO	VEN
-----	-----	-----	-----	-----

RICHIEDE per il proprio figlio / per sé in quanto docente fruitore del servizio di refezione scolastica, la produzione di dieta speciale per motivazioni sanitarie per :

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

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

.....

Malattia metabolica o autoimmune (specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc. ...) a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi;

Altro (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi del comportamento alimentare, ecc....: definire la tipologia di dieta richiesta) – a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione:

Annullamento dieta sanitaria, a tal fine si allega Certificato del medico curante con prescrizione di dieta libera.

DICHIARA, come riportato sul certificato medico allegato che:

l'allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione PUO' essere tollerato;

l'allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione NON PUO' essere tollerato (in questo caso si procederà ad eliminare dalla dieta tutte le possibili tracce dichiarate dalle schede tecniche dei prodotti, ad esempio: dieta non legumi no tracce verranno eliminati dalla dieta tutti i prodotti confezionati e non, che presentano l'allergene soia, quindi dalla dieta verranno eliminati erbazzone, pizza, farina, biscotti, torte, gelati, ecc...);

1) DIETA PER PATOLOGIA:

-Indicare l'alimento a cui l'utente risulta intollerante/allergico, **non la ricetta** (es. Indicare "basilico", non "pasta al pesto")

-Precisare se l'alimento da escludere debba essere escluso se presente come "**tale**" (es. "latte fresco") e/o se presente come "**ingrediente**" (es. "latte all'interno delle preparazioni") e/o se presente come "**contaminante**" ("indicazione in etichetta di possibile presenza di es. latte in tracce/nello stabilimento di produzione")

In assenza di questa specifica, l'alimento verrà escluso anche nei casi in cui è presente come "**contaminante**"

-Indicare se la patologia presenta possibili gravi effetti per la salute (Shock anafilattico/Ricovero ospedaliero ecc...)

In caso di modifiche alla dieta in vigore, l'ultima richiesta in ordine cronologico sostituirà integralmente la precedente.

La dieta entrerà in vigore entro 3 giorni dalla data di arrivo della mail/fax inviato dal Comune ad eccezione di diete che necessitano chiarimenti e/o l'approvvigionamento di prodotti dietoterapici particolari, per le quali la data di inizio sarà concordata direttamente con il Servizio Dietetico di riferimento.

I dati forniti saranno trattati secondo i fini e le modalità indicate nell'informativa e richiesta di consenso che si allega alla presente (vedi retro o allegato) e che si prega di restituire debitamente firmata.

Data di compilazione: _____ Firma del richiedente: _____