

Modulo Richiesta Dieta Speciale

Rev. 05/15

Comune / Cliente: _____

Il sottoscritto/a : _____

Recapito telefonico: _____

E-mail: _____

In qualità di: Genitore/Tutore

Diretto interessato (Per personale scolastico)

Per il/la figlio/a: _____

Data di nascita: _____

Scuola: _____

Classe/Sezione: _____

Data richiesta dieta: _____

Data scadenza dieta: _____

In caso di interruzione anticipata della dieta, la stessa dovrà essere comunicata in forma scritta al Comune

Barrare i giorni nei quali il bambino è presente in mensa:

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

RICHIEDE:

1) DIETA ETICO-RELIGIOSA:

No carne di maiale No carne bovina No carne No carne e pesce

2) DIETA PER PATOLOGIA:

Allegare certificato medico del Pediatra/Medico Specialista (compilare in modo chiaro e leggibile)

Nella compilazione del Certificato Medico chiediamo di:

-Indicare l'alimento a cui l'utente risulta intollerante/allergico, **non la ricetta** (es. Indicare "basilico", non "pasta al pesto"); non verranno accettate richieste di "menù personalizzati"

-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, al fine di garantire l'assoluta attenzione per le condizioni più gravi, la patologia presenta possibili gravi effetti per la salute (ad esempio shock anafilattico/ricovero ospedaliero ecc...)

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

Il Certificato Medico è valido nel solo anno scolastico in cui viene presentato ad eccezione degli utenti che presentano patologie croniche (celiachia, favismo, diabete) per i quali è sufficiente la compilazione del modulo con gli aggiornamenti relativi al passaggio di classe/scuola

Questo **Modulo di richiesta** deve essere inviato alla Cucina di riferimento; La dieta entrerà in vigore entro 2 giorni dalla data di arrivo del fax/mail inviato dal Comune / Cliente 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: _____

Firma e timbro del Comune: _____