

# Modulo richiesta dieta speciale

Rev. 28/02/2019

Cliente: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

In qualità di:    Genitore/Tutor     Diretto interessato (Per personale scolastico)

**Per l'utente:** \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Scuola:

\_\_\_\_\_ Classe/Sezione:

Barrare i giorni nei quali l'utente è presente in mensa:

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

## **RICHIEDE:**

1. DIETA ETICO-RELIGIOSA con esclusione di:

CARNE SUINA	CARNE BOVINA	TUTTI I TIPI DI CARNE	TUTTI I TIPI DI CARNE E PESCE	CARNE E PESCE	ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE
-------------	--------------	-----------------------	-------------------------------	---------------	-----------------------------

2. DIETA PER PATOLOGIA:

**Allegare certificato del Pediatra/Medico Specialista (compilare in modo chiaro e leggibile), che deve contenere:**

a) Indicazione dell'alimento a cui l'utente risulta intollerante/allergico, **non la ricetta** (es. Indicare "uova", non "frittata").

Non verranno accettate richieste di "menù personalizzati".



b) Precisazione di esclusione dell'alimento **SOLO** come **TALE/INGREDIENTE** (es. "Latte") o anche quando presente come **CONTAMINANTE** (indicazione in etichetta di possibile presenza, 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**.

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

**La richiesta si considera valida per l'intero ciclo scolastico.** Un'eventuale modifica o interruzione dovrà essere comunicata in forma scritta tramite Certificato Medico. In caso di modifica alla dieta in vigore, indicare se sostituisce o integra la stessa.

Questo **Modulo di richiesta** deve essere inviato alla Cucina di riferimento. La dieta entrerà in vigore entro 2 giorni dalla data di arrivo della Modulistica, 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.

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: \_\_\_\_\_ Firma del richiedente: \_\_\_\_\_

