

Amministrazione destinataria

Comune di Castel d'Ario

Ufficio destinatario

Ufficio Segreteria, Servizi Socio-Assistenziali, Istruzione, Cultura

Domanda di dieta speciale per motivi sanitari

			o affida	Nome			Codice Fis	scale			
Data di nasci	ta		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinar	ıza			
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cell	ulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elet	tronica certi	ficata		
del mino											
Cognome	re			Nome			Codice Fis	scale			
Data di nasci	ta		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinar	ıza			
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
1											
Nome	ılla seguer	ite scuoia		Classe			Sezione				
Del seguente											
O nido											
nidoinfar											
	nzia										
infarprim	nzia aria	orimo grado									
infar prim seco	nzia aria Indaria di p										
infar prim seco Con i seguent	nzia aria ndaria di p ti giorni di rien dì										
infar prim seco con i seguent lune mart	nzia aria ndaria di p ti giorni di rien dì tedì										
infar prim seco con i seguent lune mart merc	nzia aria Indaria di p ti giorni di rien di tedi coledi										
infar prim seco con i seguent lune mart merc giove	nzia aria Indaria di p ti giorni di rien di tedì coledì edì										
infar prim seco con i seguent lune mart merc	nzia aria Indaria di p ti giorni di rien di tedì coledì edì										
infar prim seco con i seguent lune mart merc giove	nzia aria Indaria di p ti giorni di rien di tedì coledì edì	tro		ative al procediment							

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

per	il proprio figlio o per sé in quanto docente fruitore del servizio di refezione scolastica, la produzione di dieta speciale per
	intolleranza alimentare ai seguenti alimenti
	Specificare
	allergia alimentare ai seguenti alimenti
	Specificare
	malattia metabolica o autoimmune
	Specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc.
	altro - difficoltà di deglutizione o masticazione, disturbi del comportamento alimentare, ecc. definire la tipologia di dieta richiesta
	Definire la tipologia di dieta richiesta
44	endosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 5, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 5 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti, DICHIARA
	di essere a rischio di vita, di necessitare quindi di farmaci salvavita poiché a rischio di gravi reazioni allergiche, ricovero ospedaliero, shock anafilattico
	di essere a rischio di vita, di necessitare quindi di farmaci salvavita poiché a rischio ricovero ospedaliero e gravi rischi per la salute
	di essere a rischio di vita, di necessitare quindi di farmaci salvavita poiché a rischio di e/o gravi rischi per la salute
✓	che l'allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione 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.
✓	di essere consapevole che gli ingredienti del pane sono: farina di frumento, lievito ed eventualmente sale e olio extravergine di oliva; 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) e che l'ellergene presente in tracce all'interno del laboratorio di produzione può essere tollerato
✓	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 odulo di richiesta pasti alternativi per motivazioni etiche o religiose
✓	di essere consapevole che 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
✓	di essere consapevole che 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 autoodichiarazione del genitore

	scolastico (da settembre a giugno) per nido e infanzia; mentre dalla primaria ed oltre la stessa avrà valenza per l'intero ciclo scolastico
✓	di essere consapevole che le richieste di dieta per malattie metaboliche e autoimmuni permanenti quali ad esempio diabete, celiachia, favismo, hanno validità per l'intero ciclo scolastico (es. per tutta la permanenza presso la medesima scuola dell'infanzia, dalla classe 1° alla 5° della medesima scuola primaria,) anche se non specificato nel certificato medico
✓	di essere consapevole che per tutte le sospensioni, integrazioni e/o restrizioni della dieta è necessario presentare certificato medico
✓	di essere consapevole che 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 dei genitori
Event	ali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)
	Elenco degli allegati
✓	(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale) certificato o documento alternativo del medico curante con diagnosi
	copia del documento di identità
	(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
	altri allegati
	Informativa sul trattamento dei dati personali
	Informativa sul trattamento dei dati personali (ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196) dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
	(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196) dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della
Cass	(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196) dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della

☑ di essere consapevole che in assenza di precisa indicazione medica la dieta sanitaria richiesta avrà validità di un anno