



Amministrazione destinataria

Comune di Castel d'Ario

Ufficio destinatario

Servizi scolastici

Domanda di dieta speciale per motivi sanitari

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				

del minore

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

iscritto alla seguente scuola

Nome	Classe	Sezione
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Del seguente tipo

- nido
 infanzia
 primaria
 secondaria di primo grado

Con i seguenti giorni di rientro

- lunedì
 martedì
 mercoledì
 giovedì
 venerdì

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere 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

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 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'allergene 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 modulo 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 auto-dichiarazione del genitore

- di essere consapevole che in assenza di precisa indicazione medica la dieta sanitaria richiesta avrà validità di un anno 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^a alla 5^a 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 degli insegnanti, né da parte dei genitori

Eventuali annotazioni

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

(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.

Castel d'Ario

Luogo

Data

Il dichiarante