

Operatore scolastico/Insegnante/Educatore _____

oppure

Il sottoscritto _____

tel/cell (campo obbligatorio) _____

Mail (campo obbligatorio) _____

Genitore di _____

che frequenta nell'anno scolastico _____ / _____ la scuola:

Classe _____ Sezione _____

presente in mensa nei seguenti giorni:

LUNEDÌ

MARTEDÌ

MERCOLEDÌ

GIOVEDÌ

VENERDÌ

Richiede per il proprio figlio/per se stesso, la produzione di **DIETA SPECIALE** per:

intolleranza alimentare

allergia alimentare

malattia metabolica

Dieta in bianco (la richiesta può essere fatta per massimo tre giorni, per un numero di giorni superiore ai tre deve essere predisposta apposita certificazione medica)

altra patologia (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi comportamento alimentare, altro)

motivazione etico-religiosa (specificare il tipo/i di carne da non somministrare es. maiale, bovino, tutti i tipi di carne...)

NO TUTTI I TIPI DI CARNE;

NO BOVINO NO SUINO;

NO BOVINO;

NO SUINO;

VEGETARIANA;

Nell'ambito della corretta gestione di tutte le diete speciali, per garantire un presidio ulteriore nelle situazioni più gravi, dichiara, allo stato delle proprie conoscenze, che la dieta richiesta è da considerarsi:

"pericolosa per la vita", cioè il cui non rispetto è a rischio vita e/o causa di gravi effetti per la salute, esempio shock anafilattico.

"NON pericolosa per la vita", cioè il cui mancato rispetto NON comporta un rischio per la vita.

Allega certificato medico in originale o in copia.

N.B.: Si accettano solo certificati di **SPECIALISTI**, quali pediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche; certificati rilasciati da specialisti diversi da quelli indicati non saranno accettati.

Per le diete in bianco giornaliere, che hanno durata NON superiore ai 3 giorni, non sarà necessaria alcuna certificazione ma un'autodichiarazione del genitore. Al fine di tutelare al massimo gli utenti con dieta speciale, non vengono accettate modifiche della dieta (integrazioni e/o restrizioni) comunicate verbalmente o sottoscritte in forma di autocertificazione, né da parte degli insegnanti, né da parte dei genitori. Per le sospensioni della dieta sanitarie è necessario il certificato medico che attesti il nuovo regime dietetico da applicare.

Si precisa che la dieta sarà attivata solo ed esclusivamente a seguito di mail di conferma da parte del gestore.

Data _____

Firma del Genitore/Tutore o dell'Operatore Scolastico/Insegnante/Educatore _____