MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE ANNO SCOLASTICO 2022/2023

Comune di _____

- Il sottoscritto/a (NOME COGNOME)_____
- Genitore/tutore di (NOME COGNOME ALUNNO)_____

• OPPURE

- Il sottoscritto/a operatore scolastico/Docente_____

telefono/cellulare (solo in caso di necessità di chiarimenti) _____
indirizzo di posta elettronica (facoltativo) _____

Scuola di riferimento: Nome scuola _____Classe _____ Sezione _____

□ NIDO □ INFANZIA □ PRIMARIA □ SECONDARIA I GRADO

Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico fornito da CIRFOOD

□ COLAZIONE □ MERENDA DI META MATTINO □ PRANZO □ MERENDA DI META POMERIGGIO

Giorni di rientro □ LUNEDI' □ MARTERDI' □ MERCOLEDI' □ GIOVEDI' □ VENERDI'

Il Sottoscritto, come sopra identificato:

1. **RICHIEDE** per il proprio figlio/a o per se in quanto Docente fruitore del servizio di refezione scolastica la produzione di DIETA SPECIALE per:

❑ Intolleranza alimentare a (specificare alimento/i) - a tal fine si allega Certificato/documento alternativo del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:
_____

❑ Allergia alimentare a (specificare alimento/i) - a tal fine si allega Certificato/documento alternativo del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:
_____

❑ **è da considerare "A RISCHIO VITA"** (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di gravi reazioni allergiche, ricovero ospedaliero, shock anafilattico)

❑ Malattia metabolica o autoimmune (specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc…) - a tal fine si allega Certificato/documento alternativo del medico curante con diagnosi:
_____

❑ **è da considerare "A RISCHIO VITA"** (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di ricovero ospedaliero e gravi rischi per la salute)

❑ Altro (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi comportamento alimentare, ecc…; definire la tipologia di dieta richiesta) - a tal fine si allega Certificato/documento alternativo del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:

❑ **è da considerare "A RISCHIO VITA"** (poiché a rischio di ricovero ospedaliero e/o gravi rischi per la salute)
_____

CIRFOOD s.c.
Sede Legale
Via Nobel 19, 42124 Reggio Emilia – Casella Postale n° 65 – Tel. 0522 53011 Fax 0522 530100
info@cirfood.com • www.cirfood.com
Cod. Fisc. e P.IVA 00464110352 – Registro imprese di Reggio Emilia n° 00464110352 – REA RE 132738
CIRFOOD s.c. iscritta all'ALBO SOCIETÁ COOPERATIVE con il numero A109985
Sezione COOPERATIVE A MUTUALITÁ PREVALENTE – categoria COOPERATIVE DI PRODUZIONE E LAVORO

2. DICHIARA, come riportato sul certificato medico allegato che:

❑ l'allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione PUÒ ESSERE TOLLERATO

❑ l'allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione NON 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)

3. Informativa pane artigianale (AUTODICHIARAZIONE):

(Fare riferimento all'allergene dichiarato nel modulo e nel certificato, DA NON COMPILARE IN CASO DI DIETA PER ESCLUSIONE DI SOLO GLUTINE)

1) gli ingredienti del PANE sono: farina di frumento, lievito ed eventualmente sale e olio extravergine di oliva;

2) 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).

Consapevole di quanto sopra esplicitato il sottoscritto DICHIARA che

❑ l'allergene presente in tracce o all'interno del laboratorio di produzione PUÒ ESSERE TOLLERATO

❑ l'allergene presente in tracce o all'interno del laboratorio di produzione NON PUÒ ESSERE TOLLERATO

NB. IN CASO DI NON AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI PRODOTTO CONTENTE 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 RICHIESTA PASTI ALTERNATIVI PER MOTIVAZIONI ETICHE O RELIGIOSE)

E' CONSAPEVOLE CHE la procedura attuata prevede quanto segue:

- 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).
- 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 AUTODICHIARAZIONE del genitore
- 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.
- 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.
- Per tutte le sospensioni, integrazioni e/o restrizioni della dieta è necessario presentare certificato medico
- 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.
- Si consiglia di mantenere copia della seguente documentazione unitamente al certificato medico in caso di necessità di presentazione per la frequentazione di centri estivi
- Il sottoscritto è consapevole che la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione AUSL.

Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri.

Luogo e data

Firma leggibile

CIRFOOD s.c.
Sede Legale
Via Nobel 19, 42124 Reggio Emilia – Casella Postale n° 65 – Tel. 0522 53011 Fax 0522 530100
info@cirfood.com • www.cirfood.com
Cod. Fisc. e P.IVA 00464110352 – Registro imprese di Reggio Emilia n° 00464110352 – REA RE 132738
CIRFOOD s.c. iscritta all'ALBO SOCIETÁ COOPERATIVE con il numero A109985
Sezione COOPERATIVE A MUTUALITÁ PREVALENTE – categoria COOPERATIVE DI PRODUZIONE E LAVORO

CIRFOOD

CIRFOOD s.c.
Sede Legale
Via Nobel 19, 42124 Reggio Emilia – Casella Postale n° 65 – Tel. 0522 53011 Fax 0522 530100
info@cirfood.com • www.cirfood.com
Cod. Fisc. e P.IVA 00464110352 – Registro imprese di Reggio Emilia n° 00464110352 – REA RE 132738
CIRFOOD s.c. iscritta all'ALBO SOCIETÁ COOPERATIVE con il numero A109985
Sezione COOPERATIVE A MUTUALITÁ PREVALENTE – categoria COOPERATIVE DI PRODUZIONE E LAVORO

FACOLTATIVO – NON OBBLIGATORIO: DOCUMENTO ALTERNATIVO AL CERTIFICATO MEDICO (COMPRENSIVO DI TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE vedi sotto)

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE - N.B. Si accettano solo DOCUMENTI ALTERNATIVI di SPECIALISTI, quali pediatri di libera scelta, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche.
Data _____

Si certifica che il bambino/a _____ _____M □ F □
Nato/a il _____ presenta:

□ ALLERGIA ALIMENTARE
possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina autoiniettabile
SI □ NO □

□ INTOLLERANZA ALIMENTARE
□ CELIACHIA
□ MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO
□ ALTRA PATOLOGIA _____

Si richiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI o ATTINENTE ALLE SEGUENTI INDICAZIONI DIETETICHE
_____
_____

Ulteriori specifiche
❑ l'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione PUÒ ESSERE TOLLERATO
❑ l'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione NON 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)*

Durata della dieta speciale
intero ciclo scolastico □
intero anno scolastico □
n_____mesi □

Timbro e firma del Medico Curante

_____

CIRFOOD s.c.
Sede Legale
Via Nobel 19, 42124 Reggio Emilia – Casella Postale n° 65 – Tel. 0522 53011 Fax 0522 530100
info@cirfood.com • www.cirfood.com
Cod. Fisc. e P.IVA 00464110352 – Registro imprese di Reggio Emilia n° 00464110352 – REA RE 132738
CIRFOOD s.c. iscritta all'ALBO SOCIETÁ COOPERATIVE con il numero A109985
Sezione COOPERATIVE A MUTUALITÁ PREVALENTE – categoria COOPERATIVE DI PRODUZIONE E LAVORO

MODULO RICHIESTA DI PASTO ALTERNATIVO PER MOTIVAZIONI ETICHE O RELIGIOSE
ANNO SCOLASTICO 2022/2023

Comune di _____

- Il sottoscritto/a (NOME COGNOME)_____
- Genitore/tutore di (NOME COGNOME ALUNNO)_____

• OPPURE

- Il sottoscritto/a operatore scolastico/Docente_____

telefono/cellulare (solo in caso di necessità di chiarimenti) _____
indirizzo di posta elettronica (facoltativo) _____

Scuola di riferimento: Nome scuola _____Classe _____ Sezione _____

□ NIDO □ INFANZIA □ PRIMARIA □ SECONDARIA I GRADO

Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico fornito da CIRFOOD

□ COLAZIONE □ MERENDA DI META MATTINO □ PRANZO □ MERENDA DI META POMERIGGIO

Giorni di rientro □ LUNEDI' □ MARTERDI' □ MERCOLEDI' □ GIOVEDI' □ VENERDI'

Il Sottoscritto, come sopra identificato:

1. **RICHIEDE** per il proprio figlio/a o per se in quanto Docente fruitore del servizio di refezione scolastica, la produzione di pasto alternativo per motivazione etico-religiosa:

- Motivazione religiosa
  - □ no tutti i tipi di carne
  - □ no tutti i tipi di carne compreso il pesce
  - □ no suino
  - □ no bovino
  - □ altro (specificare) _____

- Motivazione etica
  - □ dieta ovo-latto vegetariana (no carne, no pesce- sì uova, latte e derivati)
  - □ dieta latto- vegetariana (no carne, no pesce- no uova – si latte e derivati)
  - □ dieta ovo- vegetariana (no carne, no pesce, no latte e derivati – si uova)
  - □ dieta vegana (no carne, no pesce, no uova, no latte e derivati)

2. □ Il consumatore ha richiesto anche una Dieta Sanitaria. (In caso di necessità di dieta sanitaria per intolleranza o allergia è necessario compilare anche il MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE e allegare la documentazione richiesta)

3. Le esclusioni per motivazioni etiche o religiose NON tengono conto di possibili tracce contenute nelle materie prime utilizzate
4. La richiesta è ritenuta valida per l'intero anno scolastico
5. Il sottoscritto è consapevole che la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione AUSL.

Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri.

Luogo e data _____

Firma leggibile _____

CIRFOOD s.c.
Sede Legale
Via Nobel 19, 42124 Reggio Emilia – Casella Postale n° 65 – Tel. 0522 53011 Fax 0522 530100
info@cirfood.com • www.cirfood.com
Cod. Fisc. e P.IVA 00464110352 – Registro imprese di Reggio Emilia n° 00464110352 – REA RE 132738
CIRFOOD s.c. iscritta all'ALBO SOCIETÁ COOPERATIVE con il numero A109985
Sezione COOPERATIVE A MUTUALITÁ PREVALENTE – categoria COOPERATIVE DI PRODUZIONE E LAVORO

CIRFOOD

CIRFOOD s.c.
Sede Legale
Via Nobel 19, 42124 Reggio Emilia – Casella Postale n° 65 – Tel. 0522 53011 Fax 0522 530100
info@cirfood.com • www.cirfood.com
Cod. Fisc. e P.IVA 00464110352 – Registro imprese di Reggio Emilia n° 00464110352 – REA RE 132738
CIRFOOD s.c. iscritta all'ALBO SOCIETÁ COOPERATIVE con il numero A109985
Sezione COOPERATIVE A MUTUALITÁ PREVALENTE – categoria COOPERATIVE DI PRODUZIONE E LAVORO