

## MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE ANNO SCOLASTICO 2026 - 2027

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'    ☐ MARTEDI'    ☐ MERCOLEDI'    ☐ GIOVEDI'    ☐ VENERDI'

Il Sottoscritto, come sopra identificato:

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

<input type="checkbox"/> Intolleranza alimentare a (specificare alimento/i) - <u>a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:</u> _____ _____
<input type="checkbox"/> Allergia alimentare a (specificare alimento/i) - <u>a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:</u> _____ _____ <input type="checkbox"/> <b>è da considerare "A RISCHIO VITA"</b> (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di gravi reazioni allergiche, ricovero ospedaliero, shock anafilattico)
<input type="checkbox"/> Malattia metabolica o autoimmune (specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc...) - <u>a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi:</u> _____ _____ <input type="checkbox"/> <b>è da considerare "A RISCHIO VITA"</b> (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di ricovero ospedaliero e gravi rischi per la salute)
<input type="checkbox"/> Altro (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi comportamento alimentare, ecc...; definire la tipologia di dieta richiesta) - <u>a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:</u> _____ _____

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 SOCIETÀ COOPERATIVE con il numero A109985

Sezione COOPERATIVE A MUTUALITÀ 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

3. **Informativa pane artigianale (AUTODICHIARAZIONE):**

- 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 CONTENENTE TRACCE O IN CASO DI NON COMPILAZIONE, l'alternativa che CIRFOOD somministra è un prodotto privo di tutti gli allergeni di cui sopra, costituito da GALLETTE DI RISO**

**E' CONSAPEVOLE CHE** la procedura attuata prevede quanto segue:

- 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** (è preferibile l'utilizzo del modulo "CERTIFICATO CON LE INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI 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 speciale richiesta avrà validità di un anno scolastico (da settembre a giugno)
- 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<sup>a</sup> alla 5<sup>a</sup> 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 speciale, **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 ASL.

*Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri. Il genitore che effettua le scelte richieste per la compilazione del "MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE", con la sottoscrizione dello stesso modulo e la sua trasmissione, dichiara e garantisce di aver osservato le disposizioni vigenti in materia – tra cui gli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile – che richiedono l'esercizio della responsabilità genitoriale ed il consenso da parte di entrambi i genitori.*

Luogo e data

Firma leggibile

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE - N.B. Si accettano solo certificati di SPECIALISTI, quali pediatri di base, 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 ☐

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche:

- ☐ Esami in vivo (es: Prick Test, Prick by Prick)
- ☐ Esami in Vitro (es: IgE specifiche, RAST, ISAC)
- ☐ Biopsia intestinale
- ☐ Breath test
- ☐ Test di provocazione orale

☐ **INTOLLERANZA ALIMENTARE**

☐ **CELIACHIA**

☐ **MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**

☐ **ALTRA PATOLOGIA** \_\_\_\_\_

N.B. si fa presente che verranno considerate solo certificazioni mediche riportanti test diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute.

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

**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 SOCIETÀ COOPERATIVE con il numero A109985

Sezione COOPERATIVE A MUTUALITÀ PREVALENTE - categoria COOPERATIVE DI PRODUZIONE E LAVORO