

# Modulo Richiesta Dieta Speciale

Granarolo

Rev. 30/6/15

Comune / Cliente: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a : \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

In qualità di:  Genitore/Tutore

Diretto interessato (Per personale scolastico)

Per il/la figlio/a: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Scuola: \_\_\_\_\_

Classe/Sezione: \_\_\_\_\_

Data richiesta dieta: \_\_\_\_\_

Data scadenza dieta: \_\_\_\_\_

**La presente richiesta, salvo inserimento data scadenza dieta, si ritiene valida per tutto il ciclo scolastico frequentato.**

**In caso di interruzione anticipata o di variazione della dieta, la stessa dovrà essere comunicata in forma scritta dal pediatra/medico di base**

Barrare i giorni nei quali il bambino è presente in mensa:

LUN	MAR	MER	GIO	VEN
-----	-----	-----	-----	-----

## ***RICHIEDE:***

### 1) DIETA ETICO-RELIGIOSA:

No carne di maiale       No carne bovina       No carne       No carne e pesce

### 2) DIETA PER PATOLOGIA:

Allegare certificato medico del Pediatra/Medico di base (compilare in modo chiaro e leggibile)

Nella compilazione del Certificato Medico chiediamo di:

-Indicare l'alimento a cui l'utente risulta intollerante/allergico, **non la ricetta** (es. Indicare "basilico", non "pasta al pesto"); non verranno accettate richieste di "menù personalizzati"

-Precisare se l'alimento intollerante/allergico debba essere escluso se presente come "**tale**" (es. "latte fresco") e/o se presente come "**ingrediente**" (es. "latte all'interno delle preparazioni") e/o se presente come "**contaminante**" ("indicazione in etichetta di possibile presenza di es. latte in tracce/nello stabilimento di produzione")

In assenza di questa specifica, l'alimento verrà escluso anche nei casi in cui è presente come "**contaminante**"

-Indicare se, al fine di garantire l'assoluta attenzione per le condizioni più gravi, la patologia presenta possibili gravi effetti per la salute (ad esempio shock anafilattico/ricovero ospedaliero ecc...)

In caso di modifiche alla dieta in vigore, l'ultima richiesta in ordine cronologico sostituirà integralmente la precedente.

Il Certificato Medico è valido nel solo anno scolastico in cui viene presentato ad eccezione degli utenti che presentano patologie croniche (celiachia, favismo, diabete) per i quali è sufficiente la compilazione del modulo con gli aggiornamenti relativi al passaggio di classe/scuola

Questo **Modulo di richiesta** deve essere consegnato presso l'ufficio della Cucina di riferimento; La dieta entrerà in vigore entro 2 giorni dalla data di consegna ad eccezione di diete che necessitano chiarimenti e/o l'approvvigionamento di prodotti dietoterapici particolari, per le quali la data di inizio sarà concordata direttamente con il Servizio Dietetico di riferimento.

*I dati forniti saranno trattati secondo i fini e le modalità indicate nell'informativa e richiesta di consenso che si allega alla presente e che si prega di restituire debitamente firmata.*

Data di compilazione: \_\_\_\_\_ Firma del richiedente: \_\_\_\_\_