

Modulo per richiesta di DIETA SPECIALE ALUNNO a. s 202___/202___ (agg. del 31/07/2026)

Da compilare e consegnare al comune per il Servizio Dietetico del C.P.P. di Se.R.A. Ristorazione

COMUNE: _____ DATA della richiesta: _____

COGNOME E NOME: _____ DATA NASCITA _____

TEL.: _____ E-MAIL: _____

SCUOLA: _____ ☐ NIDO ☐ INFANZIA ☐ PRIMARIA ☐ SECONDARIA

SEZIONE/CLASSE: _____ GIORNATE DI PRESENZA LUN ☐ MAR ☐ MER ☐ GIO ☐ VEN ☐

Dieta ETICO-RELIGIOSA – Autodichiarazione (da compilare a cura del genitore contrassegnare SOLO un'unica opzione)

☐ NO CARNE DI MAIALE ☐ NO CARNE BOVINA ☐ NO CARNE (TUTTI I TIPI) ☐ NO CARNE E PESCE ☐ VEGANA

Si dichiara che tale **dieta** è **continuativa** valida fino all'intero percorso scolastico

FIRMA DEL GENITORE (o di chi ne fa le veci) _____

2) DIETA SPECIALE per la seguente Patologia* _____

***Per accettare il modulo è obbligatorio indicare la patologia**

Barrare la Dieta Base in base alla patologia	
☐ NO GLUTINE	
☐ NO FRUTTA	Indicare quale tipo:
☐ NO LATTICINI	☐ Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
☐ NO UOVO	☐ Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
☐ NO LEGUMI	☐ Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
☐ NO POMODORO	☐ Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
☐ NO SOIA	☐ Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
☐ NO PESCE	☐ Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
☐ NO FRUTTA SECCA	☐ Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
☐ ALLERGIA AL NICHEL	☐ Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
☐ IPOGLUCIDICA	☐ Barrare se presente la patologia diabetica con utilizzo di insulina
☐ SELETTIVITA' ALIMENTARE	* E' obbligatoria la compilazione del modulo specifico
☐	
☐	

Barrare in caso affermativo:

☐ **RICHIESTA DI DIETA "CONTINUATIVA"**

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____

☐ **ALLERGIA GRAVE/ A RISCHIO VITA**

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____

Si specifica che per segnalare tale rischio la patologia deve prevedere la presenza di un farmaco salvavita nell'area della scuola (Linee Guida Ministeriali del 25 novembre 2005 e dalla successiva Circolare n. 321 del 10 gennaio 2017)

Per l'entrata in vigore della Dieta fare riferimento alle modalità segnalate nel Regolamento Diete.

Per annullare la richiesta di dieta speciale e passare alla dieta libera, è necessario far pervenire una certificazione compilata dal medico a Se.R.A. Ristorazione. In caso di dieta etico religiosa è sufficiente far pervenire una autocertificazione.

I dati forniti saranno trattati secondo i fini e le modalità indicate nell'informativa sottostante