

## Modulo richiesta dieta speciale

Cliente: \_\_\_\_\_

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

In qualità di (barrare la casella):

Genitore/Tutor       Diretto interessato (Per personale scolastico)

Per l'utente: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Barrare i giorni nei quali l'utente è presente in mensa:

LUNEDÌ       MARTEDÌ       MERCOLEDÌ       GIOVEDÌ       VENERDÌ

RICHIEDE:

### 1) DIETA ETICO-RELIGIOSA con esclusione di:

- CARNE SUINA       CARNE BOVINA       TUTTI I TIPI DI CARNE  
 TUTTI I TIPI DI CARNE E PESCE       CARNE E PESCE       ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

### 2) DIETA PER PATOLOGIA:

**Allegare certificato del Pediatra/Medico Specialista (compilare in modo chiaro e leggibile), che deve contenere:**

- Indicazione dell'alimento a cui l'utente risulta intollerante/allergico, non la ricetta (es. Indicare "uova", non "frittata"). Non verranno accettate richieste di "menù personalizzati".
- Precisazione di esclusione dell'alimento SOLO come TALE/INGREDIENTE (es. "Latte") o anche quando presente come CONTAMINANTE (indicazione in etichetta di possibile presenza, 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.
- Indicazione se la patologia presenta possibili gravi effetti per la salute (Shock anafilattico/Ricovero ospedaliero ecc...).

**La richiesta si considera valida per l'intero ciclo scolastico.** Un'eventuale modifica o interruzione dovrà essere comunicata in forma scritta tramite Certificato Medico. In caso di modifica alla dieta in vigore, indicare se sostituisce o integra la stessa.

**NOTA BENE:** Questo **Modulo di richiesta** deve essere inviato alla Cucina di riferimento. La dieta entrerà in vigore entro 2giorni dalla data di arrivo della Modulistica, 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.

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

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del richiedente** \_\_\_\_\_

(da firmare e restituire PRIMA DELL'AVVIO DEL SERVIZIO  
al referente del CENTRO COTTURA per presa visione  
a cura DEL GENITORE/TUTOR O DEL PERSONALE DIRETTO interessato)