

MODULO A1

Compilazione a cura del genitore o affidatario

**RICHIESTA DI DIETA ALIMENTARE SPECIALE
PER IL SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA**

Dati del genitore o di chi ne fa le veci:

Il sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

nato/a a (comune) _____ il (giorno) _____

Genitore del/l'alunno/a (nome) _____ (cognome) _____

nato/a a (comune) _____ il (giorno) _____

residente a (comune) _____ in via _____ n. _____

Che frequenta la scuola _____ per a.s. 2022/23

CHIEDE

La preparazione di un particolare regime alimentare per motivi: (barrare le seguenti opzioni):

di Salute

Etico - Religiosi: Indicare gli alimenti da non somministrare: _____

per tutto l'anno scolastico

per un determinato periodo dal _____ al _____

N.B.: Nel caso di richiesta per motivi di salute occorre allegare:

1) Certificato medico;

2) Modulo "A2" compilato dal medico/pediatra/specialista) che indichi: la patologia, la dieta da seguire ed il periodo di applicazione della dieta speciale.

N.B.: Nel caso di motivi etici il regime alimentare richiesto verrà fornito compatibilmente con le esigenze lavorative del centro cottura della scuola e la fornitura dei prodotti alimentari prevista.

L'alunno/a è presente a mensa il : (barrare le seguenti opzioni)

LUNEDÌ

MARTEDI

MERDOLEDI

GIOVEDI

VENERDI

Note: Sono informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e /o informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, di cui Regolamento europeo n. 679/2016 "sulla protezione dei dati personali" in vigore a far data dal 25.05.2018.

Data _____

Firma del genitore o affidatario _____

Gli utenti che presentano allergie o intolleranze alimentari dovranno allegare alla domanda di iscrizione al servizio di mensa il modulo A1 e il modulo A2 corredato di idoneo certificato medico indicante gli alimenti scatenanti le allergia/intolleranza o, se presente, la dieta specifica prescritta dallo specialista. In caso che le allergie o intolleranze alimentari si manifestino nel corso dell'anno scolastico, la su mensionata documentazione va inviata al seguente indirizzo mail : sociosanitariasonninesesrl@cg.legalmail.it

MODULO A2
Compilazione a cura del Pediatra di Libera Scelta

**ESEMPIO DI CERTIFICATO CON LE MINIME INDICAZIONI NECESSARIE PER
DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA**

Data _____

Si certifica che il bambino/a _____ M - F

Nato /a _____ il _____

presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE (specificare)

INTOLLERANZA ALIMENTARE (specificare)

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO (specificare)

Si richiede pertanto una dieta priva dei seguenti alimenti:

Timbro e firma del Pediatra

N.B.: Nella eventualità che la famiglia sia in possesso della certificazione rilasciata precedentemente dal Pediatra o struttura ASL può allegare copia attestante quanto dichiarato in ordine alla dieta alimentare del/la bambino/a.

Si attesta che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e/o informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, di cui Regolamento europeo n. 679/2016.

**ATTENZIONE: QUESTO MODULO SI DEVE ASSOLUTAMENTE PRESENTARE PRIMA
DELL'INIZIO DELL'ATTIVITA' DI MENSA SCOLASTICA**