RICHIESTA DIETE SPECIALI

Da inviare a:
Servizio Refezione scolastica
Comune di Morciano di Leuca

Anno Scolastico: 2025/2026

Il sottoscritto/a_____

Genitore di _____ **Tel.** _____

Nome Scuola _____ **Classe** _____ **Sezione** ____

RICHIEDE UNA DIETA SPECIALE PER:

□ **Celiachia**

□ **Intolleranza alimentare (specificare)** _____

□ **Allergia alimentare (specificare)** _____

□ **Malattia metabolica (specificare; es. diabete, favismo)** _____

□ **Altra patologia (specificare; es. difficoltà di masticazione, disturbi alimentari, ecc;)** _____

_____

E ALLEGA CERTIFICATO MEDICO PER L'ANNO (SCOLASTICO) IN CORSO

Nell'ambito della corretta gestione delle diete speciali, al fine di garantire un presidio ulteriore nelle situazioni più gravi, dichiara, allo stato delle proprie conoscenze, che la dieta richiesta:

□ **E' da considerarsi "A RISCHIO VITA" o è causa di gravi effetti per la salute (es shock anafilattico), per la quale si prevede la fornitura giornaliera di tutti gli alimenti in monoporzione.**

□ **E' da considerarsi "NON A RISCHIO VITA", cioè il cui non rispetto NON è a rischio vita, per la quale si prevede la fornitura del solo alimento sostitutivo in monoporzione.**

Eventuali NOTE

_____

_____

_____

_____

RICHIEDE UN MENU' ALTERNATIVO PER MOTIVI ETICO-RELIGIOSI:

□ **Esclusione CARNE SUINA**

□ **Esclusione CARNE BOVINA**

□ **Esclusione CARNE DI TUTTI I TIPI**

□ **Esclusione CARNE E PESCE (vegetariano)**

□ **Altro (specificare _____)**

Eventuali NOTE

_____

_____

_____

_____

COMUNICAZIONI IMPORTANTI

- **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.**
- **La richiesta di predisposizione della dieta ha valore per l'anno scolastico in corso;**
- **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, ma solo a seguito di autodichiarazione scritta del genitore in attesa del certificato medico.**
- **Per le sospensioni della dieta è necessario il certificato medico o di un'autodichiarazione scritta del genitore.**

Data

Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto_____ informato, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento, sulle finalità e modalità del trattamento e rilevato che le stesse sono rispettose del Regolamento stesso e delle finalità del servizio svolto esprime il proprio consenso al trattamento e comunicazione dei dati personali per la gestione delle diete speciali e relativi certificati medici.

Data **Firma**