

RICHIESTA DIETE SPECIALI

Da inviare a: COMUNE DI VILLAFRANCA PIEMONTE

COMUNE _____ Anno Scolastico: 2026/2027

Il sottoscritto/a _____

Genitore di _____ Tel. _____

Operatore Scolastico/Docente _____

Scuola : NIDO INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA I GRADO

Nome Scuola _____ Classe _____ Sezione _____

Giorni di frequenza in mensa: Tutti Crocettare i giorni di frequenza:

<input type="checkbox"/> lunedì	<input type="checkbox"/> martedì	<input type="checkbox"/> mercoledì	<input type="checkbox"/> giovedì	<input type="checkbox"/> venerdì
---------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

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 **CARNEE PESCE** (vegetariano)
- Altro (specificare _____)

Eventuali NOTE

COMUNICAZIONI IMPORTANTI

- 1) **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.**
- 2) La richiesta di predisposizione della dieta ha valore per l'**anno scolastico in corso**;
- 3) **Le forme permanenti di diete speciali (es. celiachia, favismo, diabete) NON necessitano di reinvio del certificato** per tutto il periodo di permanenza nello stesso grado scolastico o nello stesso Istituto Scolastico.
- 4) 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.
- 5) Per le **sospensioni** della dieta è necessario il certificato medico o di un'autodichiarazione scritta del genitore.

Data _____

Firma _____