

MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE –

COMUNE DI / ISTITUTO
Il/La sottoscritto/a residente in via
Città Provincia (.....)
Telefono/cellulare email
Genitore/tutore di (in seguito "utente")
Frequentante la scuola [] nido [] infanzia [] primaria [] secondaria I° grado
Nome o via della Scuola Classe Sezione
FA PRESENTE CHE L'UTENTE NECESSITA DI DIETA SPECIALE [] PER L'INTERO ANNO SCOLASTICO
[] TEMPORANEA FINO AL

➤ PER MOTIVAZIONE ETICA E/O RELIGIOSA

[] no carne suina (maiale) [] no carne bovina (manzo, mucca) [] no carne avicola (pollo, tacchino)
[] no carne equina (cavallo) [] no tutti i tipi di carne, sì pesce
[] scelta vegetariana (no tutti i tipi di carne, no pesce)
[] scelta vegana (no tutti i tipi di carne, no pesce, no uova, no latte e di tutti i derivati) necessario certificato medico per età < 3 anni

Le preparazioni presenti nelle diete etico-religiose potrebbero contenere tracce dei seguenti allergeni: cereali contenenti glutine, crostacei, uova, pesce, arachidi, soia, latte incluso lattosio, frutta a guscio, sedano, senape, semi di sesamo, anidride solforosa e solfiti, lupini, molluschi.

➤ PER MOTIVAZIONE SANITARIA. Si allega copia del CERTIFICATO MEDICO*

[] intolleranza alimentare a (specificare alimento/i):
[] allergia alimentare a (specificare alimento/i):
[] malattia metabolica (specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc...):
[] altro (specificare):

() Si raccolgono solo certificati con timbro e firma del medico curante.*

Non si accettano dichiarazioni di altre figure sanitarie e referti di analisi in assenza di certificazione medica.

La documentazione fornita potrebbe essere soggetta a valutazione del Servizio Sanitario Locale.

In qualità di genitore/tutore dell'utente e allo stato delle mie conoscenze attuali dichiaro che la dieta sanitaria richiesta:

[] è da considerare "A RISCHIO VITA" (rischio di shock anafilattico, ricovero ospedaliero, gravi reazioni allergiche...)
[] non è da considerare a rischio vita

In caso di dieta per celiachia/priva di glutine, verranno somministrati pane senza glutine o gallette di riso. Il sottoscritto dichiara di sapere che, per sospendere o variare la dieta speciale durante l'anno scolastico, dovrà far pervenire nuova documentazione (rinvio del presente modulo e nuovo certificato medico in caso di dieta sanitaria).

La richiesta ha valore per l'anno scolastico 2021/2022.

Data

Firma

Cooperativa Sant'Anselmo Società Cooperativa Sociale Onlus

Sede legale
Via Gelso, 8 - 46100 MANTOVA
Tel 0376 285611 - Fax 0376 285619
santanselmo@csa-coop.it

Filiale
Via Silvestrini, 7 - 37135 VERONA
Tel. 045 583334 - Fax 045 8757177
csavr@csa-coop.it

PEC: coopsantanselmo@pec.confcooperative.it
Cod.Fisc. / P.Iva 02129160202
WWW.CSA-COOP.IT

Iscritta nel Registro
delle Imprese della Camera
di Commercio di Mantova
n° MN - 226587