

MODULO PER RICHIESTA DI DIETA SPECIALE ADULTO a. s. 202\_\_/202\_\_ (agg. del 2025/09/01)

Da compilare e consegnare al comune per il Servizio Dietetico del C.P.P. di SeRA Ristorazione

COMUNE: \_\_\_\_\_ DATA della richiesta: \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME: \_\_\_\_\_ DATA NASCITA \_\_\_\_\_

TEL.: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

SCUOLA: \_\_\_\_\_  NIDO  INFANZIA  PRIMARIA  SECONDARIA

SEZIONE/CLASSE: \_\_\_\_\_ GIORNATE DI PRESENZA LUN  MAR  MER  GIO  VEN

1) Dieta ETICO-RELIGIOSA (autodichiarazione):

NO CARNE DI MAIALE  NO CARNE BOVINA  NO CARNE (TUTTI I TIPI)  NO CARNE E PESCE  
Si dichiara che tale **dieta** è **continuativa** valida fino all'intero percorso scolastico.

FIRMA \_\_\_\_\_

2) DIETA SPECIALE per la seguente Patologia \_\_\_\_\_ (obbligatorio)

DIETE BASE

(**Barrare esclusivamente 1 dieta**: non apporre nessun tipo di modifica al modulo aggiungendo o togliendo voci)

<input type="checkbox"/> NO GLUTINE	
<input type="checkbox"/> NO GLUTINE /LATT.	
<input type="checkbox"/> NO LATTICINI	<input type="checkbox"/> Barrare se <b>consentito</b> il consumo di <b>piccole quantità</b>
<input type="checkbox"/> NO UOVO	<input type="checkbox"/> Barrare se <b>consentito</b> il consumo di <b>piccole quantità</b>
<input type="checkbox"/> NO LATT./UOVO	<input type="checkbox"/> Barrare se <b>consentito</b> il consumo di <b>piccole quantità</b>
<input type="checkbox"/> NO POMODORO	<input type="checkbox"/> Barrare se <b>consentito</b> il consumo di <b>piccole quantità</b>
<input type="checkbox"/> NO LATT/UOVO/POM.	<input type="checkbox"/> Barrare se <b>consentito</b> il consumo di <b>piccole quantità</b>
<input type="checkbox"/> NO PESCE	<input type="checkbox"/> Barrare se <b>consentito</b> il consumo di <b>piccole quantità</b>
<input type="checkbox"/> NO LEGUMI	<input type="checkbox"/> Barrare se <b>consentito</b> il consumo di <b>piccole quantità</b>
<input type="checkbox"/> NO FRUTTA SECCA	<input type="checkbox"/> Barrare se <b>consentito</b> il consumo di <b>piccole quantità</b>
<input type="checkbox"/> IPOGLUCIDICA	
<input type="checkbox"/> BIANCA CONTINUATIVA	

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

barrare in caso affermativo:

**RICHIESTA DI DIETA "CONTINUATIVA"** TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

Si dichiara che la **dieta richiesta** relativa alla patologia sopra indicata è **continuativa** e resterà valida fino a disdetta scritta.

**ALLERGIA GRAVE/ A RISCHIO VITA** TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

*Per l'entrata in vigore della Dieta fare riferimento alle modalità segnalate nel Regolamento Diete.*

*Per annullare la richiesta di dieta e passare alla dieta libera, è necessario far pervenire un'autocertificazione a SeRa Ristorazione con la domanda di rinuncia dieta compilata da parte del medico.*

TIMBRO E FIRMA DEL COMUNE \_\_\_\_\_

I dati forniti saranno trattati secondo i fini e le modalità indicate nell'informativa sottostante