

Modulo per richiesta di DIETA SPECIALE ALUNNO 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 (da compilare a cura del genitore contrassegnare un'unica opzione):

<input type="checkbox"/> NO CARNE DI MAIALE <input type="checkbox"/> NO CARNE BOVINA <input type="checkbox"/> NO CARNE (TUTTI I TIPI) <input type="checkbox"/> NO CARNE E PESCE Si dichiara che tale dieta è continuativa valida fino all'intero percorso scolastico. FIRMA DEL GENITORE (o di chi ne fa le veci) _____

2) DIETA SPECIALE per la seguente Patologia _____ (obbligatorio)

DIETE BASE (Barrare solo gli alimenti da escludere):	
<input type="checkbox"/> NO GLUTINE	
<input type="checkbox"/> NO LATTICINI	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
<input type="checkbox"/> NO UOVO	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
<input type="checkbox"/> NO POMODORO	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
<input type="checkbox"/> NO PESCE	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
<input type="checkbox"/> NO LEGUMI	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
<input type="checkbox"/> NO FRUTTA SECCA	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
DIETA PERSONALIZZATA (Indicare gli alimenti da escludere):	
	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____

Barrare in caso affermativo:

RICHIESTA DI DIETA "CONTINUATIVA" TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____
 Avrà come validità la durata dell'intero ciclo scolastico (Nido, Infanzia, Primaria, Secondaria) ed a ogni passaggio al ciclo successivo la dieta decade e ne è previsto obbligatoriamente il rinnovo.

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 il passaggio a dieta libera è necessario far pervenire un'autocertificazione a SeRa Ristorazione con la rinuncia alla dieta.

TIMBRO E FIRMA DEL COMUNE _____

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.