



COMUNE DI CASTELBALDO

Viale Matteotti, 11 - Tel. 0425-546286 email: protocollo@comune.castelbaldo.pd.it — PEC castelbaldo.pd@cert.ip-veneto.net

MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE – ANNO SCOLASTICO 2021/2022

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 accolgono 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

(Allegare documento di riconoscimento del dichiarante)

Firma