

Modulo Richiesta Dieta Speciale

Rev. 18/06/2018

Comune: _____

Il/La sottoscritto/a : _____

In qualità di: Genitore/Tutore Diretto interessato (Per personale scolastico)

Per il/la figlio/a: _____ Data di nascita: _____

Recapito telefonico: _____ E-mail: _____

Scuola: _____ Classe/Sezione: _____ Data richiesta dieta*: _____

*La richiesta si considera valida per l'intero ciclo scolastico

In caso di modifica o di interruzione anticipata, questa dovrà essere comunicata in forma scritta

Barrare i giorni nei quali il bambino è presente in mensa: LUN MAR MER GIO VEN

RICHIEDE:

1) DIETA ETICO-RELIGIOSA:

No carne di maiale No carne bovina No carne No carne/pesce No carne/pesce/latte/uova e derivati

2) DIETA PER PATOLOGIA:

Allegare certificato del Pediatra/Medico Specialista (compilare in modo chiaro e leggibile)

Nella compilazione del Certificato Medico chiediamo di:

-Indicare l'alimento a cui l'utente risulta intollerante/allergico, **non la ricetta** (es. Indicare "basilico", non "pasta al pesto")

-Precisare se l'alimento da escludere debba essere escluso se presente come "**tale**" (es. "latte fresco") e/o se presente come "**ingrediente**" (es. "latte all'interno delle preparazioni") e/o se presente come "**contaminante**" ("indicazione in etichetta di possibile presenza di es. latte in tracce/nello stabilimento di produzione")

In assenza di questa specifica, l'alimento verrà escluso anche nei casi in cui è presente come "**contaminante**"

-Indicare se la patologia presenta possibili gravi effetti per la salute (Shock anafilattico/Ricovero ospedaliero ecc...)

Non verranno accettate richieste di "menù personalizzati"

In caso di modifiche alla dieta in vigore, l'ultima richiesta in ordine cronologico sostituirà integralmente la precedente.

Questo **Modulo di richiesta** deve essere consegnato alla Cucina di Granarolo. La dieta entrerà in vigore entro 2 giorni dalla data di consegna o arrivo tramite mail/fax, ad eccezione di diete che necessitano chiarimenti e/o l'approvvigionamento di prodotti dietoterapici particolari, per le quali la data di inizio sarà concordata direttamente con il Servizio Dietetico di riferimento.

I dati forniti saranno trattati secondo i fini e le modalità indicate nell'informativa e richiesta di consenso che si allega alla presente (vedi retro o allegato) e che si prega di restituire debitamente firmata.

Data di compilazione: _____ Firma del richiedente: _____