

ALLEGATO F: Modulo di richiesta dieta speciale scolastica

Al Comune di: _____

1. DATI DEL RICHIEDENTE

Il sottoscritto/a

In qualità di: ☐ Genitore/Tutore ☐ Insegnante

Nome: _____ Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

2. DATI DEL BENEFICIARIO

Nome: _____ Cognome: _____

Frequentante la scuola: ☐ asilo nido ☐ infanzia ☐ primaria ☐ secondaria di I° gr.

Nome struttura: _____ Classe _____

RICHIEDE

(selezionare la prestazione richiesta barrando l'apposito spazio)

☐ Dieta Speciale per **MOTIVI DI SALUTE** a tal fine si allega:

- Certificato medico per richiesta dieta sanitaria scolastica opportunamente compilato

☐ Dieta Speciale per **MOTIVI ETICO-RELIGIOSI**:

- ☐ **No Suino**: Esclusione di carne di maiale e tutti i derivati (strutto, gelatine, salumi)
- ☐ **No Carne Bovina**: Esclusione di carne di manzo, vitello e derivati
- ☐ **No Carne in genere**: Esclusione di ogni tipo di carne (maiale, manzo, pollo, tacchino, ecc.)
- ☐ **Dieta Vegetariana**: Esclusione di carne e pesce (ammessi uova, latte e derivati)
- ☐ **Dieta Vegana**: Esclusione di tutti i prodotti di origine animale (carne, pesce, uova, latte)

Il/la bambino/a è presente in mensa nei seguenti giorni

L	M	M	G	V	S

Data _____

Firma del genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale

ALLEGATO G: Nota informativa per la Compilazione del Certificato Medico per Dieta Sanitaria Scolastica e Certificato Medico per le Richieste Dieta Sanitaria Scolastica

Gentile Medico,

al fine di garantire la sicurezza alimentare e l'adeguatezza nutrizionale dei pasti erogati nel servizio di ristorazione scolastica, La invitiamo a compilare il certificato seguendo le indicazioni riportate di seguito, in conformità con le *linee d'indirizzo vigenti della ristorazione scolastica della Regione Abruzzo*.

Considerata l'elevata complessità organizzativa e il conseguente incremento del rischio clinico e gestionale, le variazioni al menu sono limitate a casi di **comprovata necessità**. Tale indicazione è finalizzata a ottimizzare le procedure di preparazione e somministrazione, riducendo le possibilità di errore nelle fasi critiche della filiera produttiva.

1. Definizione della Diagnosi e Durata

È necessario barrare una sola delle tre opzioni di validità previste:

- **Richiesta Breve:** per esigenze transitorie, con durata massima di **30 giorni** (non ripetibile).
- **Patologia in Accertamento:** qualora l'iter diagnostico sia in corso, con durata massima di **4 mesi** (non ripetibile).
- **Patologia Accertata:** valida per l'intero anno scolastico o per un periodo specifico.

Diagnosi: Deve essere indicata in modo chiaro. Si ricorda che in questo caso devono essere esclusi esclusivamente gli alimenti testati con **test scientificamente validati**. Non sono ammesse diagnosi generiche o legate a semplici gusti personali (es. "non gradisce").

Rischio Anafilassi: È obbligatorio indicare se il paziente ha avuto episodi pregressi di shock anafilattico alimentare.

Farmaco Salvavita: Specificare se al paziente è stato prescritto un farmaco salvavita (es. adrenalina).

2. Selezione del Menù di Esclusione

Il certificato prevede 10 menù standardizzati e un'opzione per menu personalizzato.

- **Modalità di scelta:** È possibile barrare uno o più numeri corrispondenti alla dieta, ma non è consentito modificare gli alimenti da escludere già descritti nella terza colonna della tabella.
 - **Specifiche Obbligatorie:**
 - Per il Menù n. 3 (privo di latte): indicare esplicitamente se escludere o meno la carne di vitello.
 - Per il Menù n. 5 (privo di uovo): indicare esplicitamente se escludere o meno la carne di pollo.
- **Menu Personalizzato (MP):** Da utilizzare solo se i menù standard non sono idonei.
- In questo caso, è necessario allegare un elenco degli alimenti da escludere o uno schema dietetico personalizzato con eventuali grammature o nel caso di selettività alimentare da patologia (es: nel disturbo dello spettro autistico) un elenco degli alimenti tollerati.

3. Requisiti di Validità

Il certificato sarà ritenuto valido solo se completo di:

- Dati anagrafici e codice fiscale del fruitore.
- Recapito telefonico del medico.
- Timbro e firma leggibile.