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 Richiesta 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.

CERTIFICATO MEDICO PER RICHIESTA DIETA SANITARIA SCOLASTICA

DATI DEL FRUITORE DELLA DIETA

Cognome: …… Nome: .....

Data di nascita: ..... Codice fiscale: .....

TIPOLOGIA DI RICHIESTA *(barrare la voce interessata)*

- [ ] RICHIESTA BREVE (durata massima 30 giorni) *Erogazione dal: …… al: ……*
- [ ] PATOLOGIA IN ACCERTAMENTO (durata massima 4 mesi) *Erogazione dal: …… al: ……*
- [ ] PATOLOGIA ACCERTATA (valida per tutto l'anno scolastico) *Inizio validità dal: ……*

DIAGNOSI *(Indicare la patologia o il disturbo clinico che giustifica l'esclusione o la sostituzione di alimenti)*

……

VALUTAZIONE DEL RISCHIO E FARMACI SALVAVITA

Il paziente ha avuto episodi pregressi di shock anafilattico riconducibili all'ingestione di alimenti? [ ] SI [ ] NO

Al paziente è stato prescritto un farmaco salvavita? [ ] SI [ ] NO

DIETA RICHIESTA (Prescrizione tecnica per la cucina - **BARRARE IL NUMERO DIETA DA RICHIEDERE**)

Si richiede l'applicazione del regime dietetico corrispondente al numero:

Numero dieta	Descrizione menù dieta	Alimenti e loro derivati da ELIMINARE (anche come ingredienti e come possibili tracce)
1	Menù per **favismo**	Fave, piselli
2	Menù privo di **glutine**	Avena, farro, grano (frumento), kamut, segale, orzo
3	Menù privo di **latte**	Latte e prodotti a base di latte Specificare se togliere il vitello → ☐ escludere ☐ non escludere
4	Menù privo di **lattosio**	Latte e formaggi con lattosio e grana padano <9 mesi, parmigiano reggiano <12 mesi
5	Menù privo di **uovo**	Uova e prodotti a base di uova Specificare se togliere il pollo → ☐ escludere ☐ non escludere
6	Menù privo di **pesce, molluschi** e **crostacei**	Pesce, molluschi, crostacei
7	Menù privo di **frutta a guscio e arachidi**	Mandorle, noci, anacardi, noci di pecan, nocciole, pinoli, pistacchi, arachidi
8	Menù a basso contenuto di **nichel**	Cereali integrali (pasta, pane integrali), pesce in scatola, crostacei, molluschi, formaggi stagionati, spinaci, asparagi, funghi, pomodori, cavolfiore, broccoli, frutta secca, legumi, banana, fragola, agrumi, cioccolato
9	Menù **iposodico**	Sale aggiunto, affettati e formaggi stagionati, tonno in scatola
10	Menù **frullato**	Alimenti non frullabili
MP	**MENU PERSONALIZZATO**	Nei casi in cui sia necessario un menu **diverso** da quelli sopraelencati allegare elenco degli alimenti scritto in maniera chiaramente leggibile. Il documento deve riportare la data e i dati anagrafici del fruitore della dieta.

Dr. (cognome e nome): …… TIMBRO E FIRMA

Recapito telefonico: …… ……