COMUNE DI CERTOSA DI PAVIA

Ufficio Servizi Scolastici
Via Palmiro Togliatti, 12 - 27012, Certosa di Pavia (PV)
Tel. 0382-936915 - Fax. 0382-933128
servizi.scolastici@comunecertosadipavia.it

MOD. 2 - MODULO DI RICHIESTA DIETA SPECIALE A.S. 2023/2024

(da inviare a servizi.scolastici@comunecertosadipavia.it entro il 26 AGOSTO 2023 in allegato al Mod. 1)

N.B. Si accettano esclusivamente certificati di SPECIALISTI, quali pediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche. Certificati rilasciati da specialisti diversi da quelli indicati non saranno accettati. Per forme permanenti di diete speciali (es. celiachia, favismo, diabete, etc), per il periodo di permanenza nello stesso grado scolastico o nello stesso Istituto Scolastico, non è necessario allegare all'inizio di ogni anno scolastico il relativo certificato. Al fine di tutelare gli utenti che necessitano di dieta speciale, non saranno accettate modifiche della dieta (integrazioni e/o restrizioni) comunicate verbalmente o sottoscritte in forma di autodichiarazione, né da parte degli insegnanti, né da parte dei genitori, ma solo a seguito di autodichiarazione scritta del genitore in attesa del certificato medico. Per le sospensioni della dieta è necessario il certificato medico o, in mancanza di quest'ultimo, una autodichiarazione sottoscritta del genitore.
La richiesta di produzione della dieta speciale ha valore ESCLUSIVAMENTE per l'A.S. 2023/2024, da settembre a giugno.
La richiesta di dieta speciale "leggera" (dieta in bianco) deve essere richiesta attraverso questa modulistica.

Il/La sottoscritto/a COGNOME _____ NOME _____
RESIDENTE A _____ VIA _____
TELEFONO _____ E-MAIL _____
CODICE FISCALE _____

Genitore dell'alunno/a
COGNOME _____ NOME _____
Scuola di riferimento
☐ NIDO ☐ INFANZIA ☐ PRIMARIA Classe _____ Sez. _____

1. RICHIEDE per il/la proprio/a figlio/a nell'a.s. 2023/2024, la produzione di DIETA SPECIALE per:

☐ **INTOLLERANZA ALIMENTARE** (*specificare dettagliatamente alimento/i che generano intolleranza*)
_____

☐ **ALLERGIA ALIMENTARE** (*specificare dettagliatamente alimento/i che generano allergia*)
_____

☐ **MALATTIA METABOLICA** (*specificare dettagliatamente la malattia; es. diabete, etc.*)
_____

☐ **ALTRA PATOLOGIA** (*es. difficoltà di deglutizione, masticazione, disturbi comportamento alimentare; specificare dettagliatamente la tipologia di dieta richiesta*)
_____

☐ **MOTIVAZIONE ETICO-RELIGIOSA** (*specificare dettagliatamente tipo/i di carne da non somministrare es. maiale, bovino, tutti i tipi di carne; per vegetariani/vegani specificare dettagliatamente alimenti da escludere dalla dieta*)

2. Nell'ambito della corretta gestione di tutte le diete speciali, per garantire un presidio ulteriore nelle situazioni più gravi, DICHIARA, allo stato delle proprie conoscenze, che la dieta richiesta:

☐ è da considerarsi **A RISCHIO VITA**, cioè il cui mancato rispetto è a rischio vita o è causa di gravi effetti per la salute (*es. shock anafilattico, etc.*);

☐ è da considerarsi **NON A RISCHIO VITA**, cioè il cui mancato rispetto NON è a rischio vita.

3. ALLEGA certificato medico in corso di validità (intolleranze, allergie, patologie).

Certosa di Pavia, _____

FIRMA/E DEL/DEI GENITORE/I

_____ _____