



MODULO DI RICHIESTA DIETE SPECIALI A.S. 2024 / 2025

Al fine di poter gestire correttamente la produzione di pasti a regime dietetico speciale destinati ad utenti/alunni con esigenze alimentari particolari, è necessario che alla società scrivente pervengano le relative informazioni specifiche.

A tale scopo, viene richiesto ai genitori dell'alunno di compilare il presente modulo e, in caso di diete speciali di tipo terapeutico, di allegare ad esso certificato del medico curante o dello specialista.

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 sono 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, è sufficiente un unico invio del certificato il primo anno di frequenza.

La richiesta di produzione della dieta speciale ha valore **ESCLUSIVAMENTE** per l'A.S. 2024-2025, da settembre a giugno, e per eventuali centri estivi gestiti da Ladisa S.r.l.

Al fine di tutelare gli utenti che necessitano di dieta speciale, richieste di **modifiche della dieta** (integrazioni e/o restrizioni) saranno accolte **SOLO** se comunicate in forma 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 dieta speciale "leggera" (**dieta in bianco**) che dovesse superare il periodo di tre giorni consecutivi, deve essere effettuata attraverso la presente modulistica con allegato certificato medico.

RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

Il sottoscritto/a _____

residente in via _____ Comune _____

Cellulare/Telefono _____ e-mail _____

Genitore di _____

Docente/Operatore scolastico _____

Scuola di riferimento:

☐ ASILO NIDO

☐ INFANZIA

☐ PRIMARIA

NOME SCUOLA _____ **Classe** _____ **Sezione** _____

Comune di _____



1. **RICHIEDE** per il proprio figlio/per sé stesso, nell'A.S. 2024-2025, la **somministrazione di DIETA SPECIALE** per:

☐ allergia alimentare (specificare dettagliatamente alimento/i che generano allergia)

☐ intolleranza alimentare (specificare dettagliatamente alimento/i che generano intolleranza)

☐ 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 mancato rispetto è causa di gravi effetti per la salute (es. shock anafilattico)

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

3. **ALLEGA: certificato medico** (per allergie, intolleranze, patologie) oppure **autodichiarazione scritta** (motivazioni etico-religiose).

4. **ALLEGA: documento di identità del richiedente**

Firma del Richiedente

La presente Informativa è resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

La informiamo che i dati personali da Lei forniti tramite la compilazione del presente modulo saranno trattati da Ladisa S.r.l. in qualità di Titolare del trattamento nel rispetto dei principi di protezione stabiliti dal Codice in materia di dati personali e successive modifiche.

Firma del Richiedente

Firma del Titolare del trattamento dei dati
