

PRIMA DI PROCEDERE ALLA COMPILAZIONE È NECESSARIO LEGGERE LE "ISTRUZIONI PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DIETE SPECIALI" (consultabili nella sezione "Per le famiglie" del sito www.milanoristorazione.it)

Alla c.a. del: **Dirigente Scolastico, Responsabile Unità Educativa, Responsabile altra utenza (es. casa vacanza, centro estivo, ecc.)**
della scuola/altra utenza:
di via:
località (per case vacanza):

Il/la sottoscritto/a (richiedente) genitore/tutore avente diritto
chiede l'erogazione di una dieta sanitaria destinata a:

DATI DEL FRUITORE

alla richiesta deve essere allegata copia della Carta Regionale dei Servizi

cognome: nome:

data di nascita: codice fiscale:

nido d'infanzia scuola d'infanzia scuola primaria scuola secondaria altra utenza

di via: n°: classe: sezione:

località (per case vacanza):

Recapito telefonico genitore/tutore - avente diritto:

E-mail genitore/tutore - avente diritto (facoltativo):

Il sottoscritto genitore del minore fruitore, consapevole di quanto disposto in materia di responsabilità genitoriale dalla normativa vigente e, in particolare, che "Entrambi i genitori hanno la responsabilità genitoriale che

- è esercitata di comune accordo tenendo conto delle capacità, delle indicazioni naturali e delle aspirazioni del figlio (...);
- In caso di contrasto su questioni di particolare importanza ciascuno dei genitori può ricorrere senza formalità al giudice indicando i provvedimenti che ritiene più idonei" (**art. 316 c.c. I e II comma**);
- "Gli atti di ordinaria amministrazione (...) possono essere compiuti disgiuntamente da ciascun genitore" (**art. 320 c.c. I comma**);
- con riferimento ai genitori separati, divorziati o affidatari del figlio minore a seguito di un provvedimento giudiziale: "La responsabilità genitoriale è esercitata da entrambi i genitori. Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione, alla salute e alla scelta della residenza abituale del minore sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli. In caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice. Limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la responsabilità genitoriale separatamente. Qualora il genitore non si attenga alle condizioni dettate, il giudice valuterà detto comportamento anche al fine della modifica delle modalità di affidamento." (**art. 337 ter c.c. III comma**);

dichiara sotto la propria responsabilità di aver effettuato la scelta sulla richiesta dieta sanitaria nell'osservanza delle norme sopraindicate e comunque della normativa vigente in materia di responsabilità genitoriale.

Inoltre **dichiara** di avere preso visione dell'informativa privacy sul trattamento dei dati personali rilasciata dal titolare e **allega**:

- copia della Carta Regionale dei Servizi del fruitore della dieta;
- modulo compilato e debitamente sottoscritto a cura del medico (pediatra di libera scelta, medico di base o altro specialista) - Allegato 1;
- in caso di richiesta dieta numero 99 - menù personalizzato, l'elenco degli alimenti da escludere redatto dal medico;
- In caso di richiesta anche di una dieta etico-religiosa, copia del modulo B/2 - richiesta dieta etico-religiosa.

Luogo e data della richiesta: Firma:

**TIMBRO DELLA
SCUOLA/ALTRA UTENZA**

**TIMBRO "COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE" SE INVIATO
TRAMITE MAIL**

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO

(pediatra di libera scelta, medico di base o altro specialista)

DATI DEL FRUITORE

cognome: nome:

data di nascita: codice fiscale:

RICHIESTA BREVE (durata massima 30 giorni)

la dieta deve essere erogata dal: al:

PATOLOGIA IN ACCERTAMENTO (durata massima 4 mesi)

la dieta deve essere erogata dal: al:

PATOLOGIA ACCERTATA: la dieta deve essere erogata per tutto il ciclo scolastico con inizio validità dal:

oppure dal: al:

Per gli utenti delle Case vacanza deve essere obbligatoriamente indicata la data di fine validità

2) DIAGNOSI:

3) DIETA RICHIESTA: barrare nell'elenco menù dieta il "numero dieta"

4) Il paziente ha avuto episodi pregressi di shock anafilattico riconducibili all'ingestione di alimenti? **si**
(indicare gli alimenti scatenanti) **no**

5) Al paziente è stato prescritto un farmaco salvavita? **si** **no**

(la risposta positiva deve essere riferita esclusivamente a quanto specificato al punto 4)

Nota

PATOLOGIA ACCERTATA: nel caso di allergie/intolleranze **devono essere allegate** le analisi attestanti la patologia alimentare, rilasciate da strutture pubbliche o accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale.

PATOLOGIA IN ACCERTAMENTO: durata massima 4 mesi, è sufficiente utilizzare il presente modulo, compilandolo in tutti i campi delle tre pagine di cui è composto. Richiesta non ripetibile.

RICHIESTA BREVE: durata massima 30 giorni, è sufficiente utilizzare il presente modulo, compilandolo in tutti i campi delle tre pagine di cui è composto. Richiesta non ripetibile.

ELENCO MENÙ DIETE: BARRARE IL NUMERO DELLA DIETA DA RICHIEDERE (prima colonna)

Numero dieta	Descrizione menù dieta	Alimenti e loro derivati esclusi (anche come ingredienti e come possibili tracce)
1	Menù per favismo	Asparagi, fave, piselli
2	Menù privo di cereali contenenti glutine	Avena, farro, grano (frumento), kamut, segale, orzo o loro ceppi ibridati
3	Menù privo di latte e vitello	Latte, vitello
4	Menù privo di uovo	Uovo
5	Menù privo di pesce, molluschi e crostacei	Pesce, molluschi, crostacei
6	Menù privo di latte uovo e vitello	Latte, uovo, vitello
7	Menù privo di solanacee	Melanzane, patate, peperoni, pomodori
9	Menù privo di legumi	Arachidi, carruba, ceci, cicerchia, fagioli, fagiolini, fave, lenticchie, liquirizia, lupini, piselli, soia, tamarindo
10	Menù a basso contenuto di sostanze istamino – liberatrici	Aceto, agrumi, alimenti in scatola, ananas, anguria, banane, cacao, carne suina, fecola di patate, formaggi stagionati, fragole, frutta a guscio, insaccati, legumi, meloni, pomodori, preparato per brodo e dadi, spinaci, uovo, yogurt
11	Menù a basso contenuto di nicel	Albicocche, alimenti in scatola, asparagi, cereali integrali, cacao, crucifere, frutta a guscio, funghi, kiwi, lattuga, legumi, lievito, mais, pere, pomodori, salumi, spinaci
13	Menù per diabete	Dessert, fritture, gnocchi di patate, impanature, infarinature, legumi e patate come contorno, pasta all'uovo ripiena, piatti elaborati, primi in brodo, zucchero
14	Menù ipocalorico	Banane, cachi, dessert, formaggi stagionati, fritture, legumi e patate come contorno, mandarini, piatti elaborati, succhi di frutta, uva, zucchero
15	Menù ipolipidico	Burro, conserve sott'olio, dessert, formaggi, fritture, frutta a guscio, impanature, intingoli, salumi, uovo
16	Menù iposodico	Sale aggiunto
17 F	Menù frullato	Alimenti non frullabili
17 T	Menù tritato	Alimenti non tritabili
18	Menù per stipsi	Banane, mele, patate e carote cotte per contorno, riso
30	Menù privo di frutta a guscio e pinoli	Mandorle, noci, noci di anacardi, noci di pecan, noci del Brasile, noci del Queensland, nocciole, pinoli, pistacchi
31	Menù privo di arachidi	Arachidi
99	Menù personalizzato	Allegare l'elenco degli alimenti da escludere (non possono essere inseriti gli alimenti concessi o eventuali indicazioni sulle sostituzioni), redatto dal medico, scritto in maniera chiaramente leggibile. Il documento deve riportare la data di emissione e i dati anagrafici del fruitore della dieta.

- Note:**
- È possibile barrare uno o più numeri, ma non è consentito modificare gli alimenti da escludere descritti per ogni menù (terza colonna).
 - Per i menù dall' 1 al 31 non devono essere allegati elenchi di alimenti da escludere o indicazioni relative alle grammature. Eventuali allegati saranno respinti e sarà attivato il numero dieta barrato.
 - In caso di esigenze particolari attenersi a quanto previsto per il menù 99.
 - I menù dieta dall' 1 al 31 sono visionabili sul sito www.milanoristorazione.it.
 - In via cautelativa, a causa della possibile presenza di legumi differenti all'interno delle confezioni di ceci, fagioli e lenticchie, dai menù verranno esclusi: **ceci, cicerchie, fagioli, fave, lenticchie e piselli** anche a fronte della richiesta di esclusione di un solo legume tra quelli precedentemente indicati (ceci, cicerchie, fagioli, fave lenticchie e piselli).

Dr. (cognome e nome):

via: città:

TIMBRO E FIRMA

recapito telefonico:

LA PRESENTE RICHIESTA È VALIDA SOLO SE DEBITAMENTE COMPILATA IN TUTTE LE SUE PARTI E CONTIENE IN ALLEGATO LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA