

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

In qualità di:  genitore/tutore  diretto interessato (Per personale scolastico)

Per il/la figlio/a: \_\_\_\_\_ Data di nascita : \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Scuola: \_\_\_\_\_ Classe/Sezione: \_\_\_\_\_ Data richiesta\*: \_\_\_\_\_

\*Il certificato medico si considera valido per l'intero percorso scolastico

In caso di modifica o di interruzione anticipata, questa dovrà essere comunicata in forma scritta.

Barrare i giorni nei quali il bambino è presente in mensa:

LUN MAR MER GIO VEN

**RICHIEDE:**

1) DIETA ETICO-RELIGIOSA:

No carne di maiale  No carne bovina  No carne  Dieta Vegetariana (no carne e pesce)  Dieta Vegana (no carne, pesce, latte, uova e derivati)

2) DIETA PER PATOLOGIA

Allegare certificato medico del Pediatra/Medico specialista (compilato in modo chiaro e leggibile)

Nella compilazione del Certificato Medico chiediamo di:

-Indicare l'alimento a cui l'utente risulta intollerante/allergico, **non la ricetta** (es. Indicare "basilico", non "pasta al pesto")

- Precisare se l'alimento da escludere debba essere escluso se presente come "tale" (es. "latte fresco") e/o se presente come "ingrediente" (es. "latte all'interno delle preparazioni") e/o se presente come "contaminante" ("indicazione in etichetta di possibile presenza di es. latte in tracce/nello stabilimento di produzione")

- In assenza di questa specifica, l'alimento verrà escluso anche nei casi in cui è presente come "contaminante"

Indicare se la patologia presenta possibili gravi effetti per la salute (Shock anafilattico/Ricovero ospedaliero ecc...)

Non verranno accettate richieste di "menù personalizzati"

Questo **Modulo di richiesta** deve essere inviato alla Cucina di riferimento e inviato per via telematica ai seguenti indirizzi: [giulia.visani@camst.it](mailto:giulia.visani@camst.it); [silvia.vasumini@camst.it](mailto:silvia.vasumini@camst.it) ed entrerà in vigore entro 2 giorni dalla data di arrivo della mail/fax inviato dal Comune ad eccezione di diete che necessitano chiarimenti e/o l'approvvigionamento di prodotti dietoterapici particolari, per le quali la data di inizio sarà concordata direttamente con il Servizio Dietetico di riferimento.

*I dati forniti saranno trattati secondo i fini e le modalità indicate nell'informativa e richiesta di consenso che si allega alla presente (vedi retro o allegato) e che si prega di restituire debitamente firmata*

Data di compilazione \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

Firma e timbro del Comune: \_\_\_\_\_