

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; 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: _____