



COMUNE DI GREVE IN CHIANTI

Città Metropolitana di Firenze
P.zza Matteotti, 8 – 50022 Greve in Chianti (FI)
Pec. comune.greve-in-chianti@postacert.toscana.it

Richiesta di dieta alimentare DIETA SANITARIA Anno scolastico 2026/2027

Il/la sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Indirizzo _____ Numero civico _____

Telefono _____ Email @ _____

Genitore di

Nome _____ Cognome _____

Nome scuola _____ Classe _____ Sezione _____

Il/la sottoscritto/a, come sopra identificato/a:

1. RICHIEDE per * propri* figli* fruitore del servizio di refezione scolastica la produzione di DIETA SANITARIA per:

Intolleranza alimentare a (specificare alimento/i) - a tal fine si allega Certificato del Pediatra di famiglia o medico di Medicina Generale (del Servizio Sanitario nazionale) (per i docenti), specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:

.....
.....

Allergia alimentare a (specificare alimento/i) - a tal fine si allega Certificato del Pediatra di famiglia o medico di Medicina Generale (del Servizio Sanitario nazionale) con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:

.....
.....

è da considerare "A RISCHIO VITA" (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di gravi reazioni allergiche, ricovero ospedaliero, shock anafilattico)

Malattia metabolica o autoimmune (specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc...) - a tal fine si allega Certificato del Pediatra di famiglia o medico di Medicina Generale del Servizio Sanitario nazionale) con diagnosi:

.....
.....



COMUNE DI GREVE IN CHIANTI

Città Metropolitana di Firenze
P.zza Matteotti, 8 – 50022 Greve in Chianti (FI)
Pec. comune.greve-in-chianti@postacert.toscana.it

è da considerare “A RISCHIO VITA” (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di ricovero ospedaliero e gravi rischi per la salute)

Altro (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi comportamento alimentare, ecc...; definire la tipologia di dieta richiesta) - a tal fine si allega Certificato del Pediatra di famiglia o medico di Medicina Generale (MMG del Servizio Sanitario nazionale) con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:

.....
.....

ANNULLAMENTO dieta sanitaria - a tal fine si allega Certificato del Pediatra di famiglia o medico di Medicina Generale (del Servizio Sanitario nazionale) con prescrizione di dieta libera

2. DICHIARA, come riportato sul certificato medico allegato che:

l'allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione PUÒ ESSERE TOLLERATO

l'allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione NON PUÒ ESSERE TOLLERATO

Informativa pasta di semola

I principali produttori da cui la cucina si approvvigiona dichiarano che la stessa contiene GLUTINE e potrebbe contenere l'allergene SOIA in tracce in quanto rilevata sulle semole utilizzate per la produzione (ai sensi del Reg. UE 1169/2011, D.Lgs. 109/92, 88/2009 e s.m.i).

IN CASO DI POSSIBILITA' DI CONSUMO DI PASTA DI SEMOLA CONTENENTE TRACCE DI SOIA, E' RICHIESTO CHE TALE AUTORIZZAZIONE VENGA SPECIFICATA SUL CERTIFICATO MEDICO REDATTO DALLO SPECIALISTA.

Nel caso in cui vi sia impossibilità di aggiornare la certificazione del medico, è di fatto onere e obbligo del dichiarante compilare la seguente autocertificazione. In caso di mancata compilazione l'alternativa che viene somministrato è un prodotto privo dell'allergene soia costituita da RISO



COMUNE DI GREVE IN CHIANTI

Città Metropolitana di Firenze
P.zza Matteotti, 8 – 50022 Greve in Chianti (FI)
Pec. comune.greve-in-chianti@postacert.toscana.it

Autocertificazione - Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Sottoscritt _____
c.f. _____
luogo nascita _____ (____)
data nascita ____/____/____
residente a _____ (____)
in _____ n° _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

Consapevole di quanto sopra esplicitato il sottoscritto DICHARA che

l'allergene presente in tracce PUÒ ESSERE TOLLERATO

l'allergene presente in tracce NON PUÒ ESSERE TOLLERATO

E' CONSAPEVOLE CHE la procedura attuata prevede quanto segue:

Si accettano solo certificati di Medici, quali pediatri di base, Medici di medicina generale (per i docenti) specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche; certificati rilasciati da specialisti diversi da quelli indicati non saranno accettati (è preferibile l'utilizzo del modulo "CERTIFICATO CON LE INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SANITARIE AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA" allegato alla presente).

NON si accettano dichiarazioni di altre figure sanitarie e referti di analisi in assenza di certificazione medica.

In assenza di precisa indicazione medica la dieta sanitaria richiesta avrà validità di un anno scolastico (da settembre a giugno)

Le richieste di dieta per malattie metaboliche e autoimmuni permanenti quali ad esempio diabete, celiachia, favismo, hanno validità per l'intero ciclo scolastico (es. per tutta la permanenza presso la medesima scuola dell'infanzia, dalla classe 1^a alla 5^a della medesima scuola primaria, ...) anche se non specificato nel certificato medico.

Per tutte le sospensioni, integrazioni e/o restrizioni della dieta è necessario presentare certificato medico

Al fine di tutelare al massimo gli utenti con dieta sanitaria, non vengono accettate modifiche della dieta (integrazioni e/o restrizioni) comunicate verbalmente o



COMUNE DI GREVE IN CHIANTI

Città Metropolitana di Firenze
P.zza Matteotti, 8 – 50022 Greve in Chianti (FI)
Pec. comune.greve-in-chianti@postacert.toscana.it

sottoscritte in forma di autodichiarazione, né da parte degli insegnanti, né da parte dei genitori.

- Si consiglia di mantenere copia della seguente documentazione unitamente al certificato medico in caso di necessità di presentazione per la frequentazione di centri estivi
- Il sottoscritto è consapevole che la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione ASL.

Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri.

Luogo e data

Firma leggibile

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE - N.B. Si accettano solo certificati di pediatri di famiglia o medici di medicina generale per i docenti (del Servizio Sanitario Nazionale), specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche

Data _____

Si certifica che il bambino/a _____ M F

Nato/a il _____ presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE

possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina autoiniettabile

SI NO

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche:

- Esami in vivo (es: Prick Test, Prick by Prick)
- Esami in Vitro (es: IgE specifiche, RAST, ISAC)
- Biopsia intestinale
- Breath test
- Test di provocazione orale
- INTOLLERANZA ALIMENTARE
- CELIACHIA
- MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO
- ALTRA PATOLOGIA _____



COMUNE DI GREVE IN CHIANTI

Città Metropolitana di Firenze
P.zza Matteotti, 8 – 50022 Greve in Chianti (FI)
Pec. comune.greve-in-chianti@postacert.toscana.it

N.B. si fa presente che verranno considerate solo certificazioni mediche riportanti test diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute.

Si richiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI o ATTINENTE ALLE SEGUENTI INDICAZIONI DIETETICHE

Ulteriori specifiche

l'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione PUÒ ESSERE TOLLERATO

l'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione NON PUÒ ESSERE TOLLERATO

Durata della dieta sanitaria

intero ciclo scolastico

intero anno scolastico

h. mesi _____

Timbro e firma del Medico Curante
