

MODULO RICHIESTA DIETA per a.s. 20__/20__

Il sottoscritto _____ Genitore di _____

Nato il _____ Residente a _____

Via _____ Telefono _____

Attualmente frequenta la scuola _____ Via _____

Comune _____

GIORNI DI RISTORAZIONE

LUN MART MERC GIOV VEN

DIETA PER PATOLOGIA

Attivazione Sospensione – di cui si allega certificato medico

Rinnovo (*celiachia o favismo*) per il quale
non allega certificato medico

DIETA ETICO-RELIGIOSA

Attivazione Sospensione

Specificare quale menù alternativo si richiede:

- DIETA SENZA CARNE DI MAIALE
- DIETA SENZA CARNE
- DIETA SENZA CARNE E PESCE (si latte e uova)
- DIETA SENZA PROTEINE ANIMALI (o DIETA VEGANA)
- ALTRO _____

Tutti i certificati medici devono riportare la durata della dieta e scadono dopo 1 anno dalla data del rilascio, tranne nel caso di celiachia e favismo che sono da presentare solo la prima volta di iscrizione in mensa.

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte e firmato, con allegata la certificazione medica dovrà essere consegnato all'Ufficio Scuola del Comune di riferimento.

Data _____

Firma del richiedente _____



Comune di

Richiesta temporanea di dieta speciale per sospetta allergia alimentare

(la certificazione deve essere compilata dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN o da un Medico di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia)

CERTIFICAZIONE

Si certifica che.....

Nato a: il

Residente a:..... via:

Codice Fiscale o tessera sanitaria: Tel:

Scuola:.....

Ha presentato il seguente **quadro clinico**

.....

e **si intende intraprendere** un iter diagnostico volto a indagare l'eventuale presenza di ALLERGIA ALIMENTARE e per il quale è già in corso, o è stato concluso, l'iter diagnostico volto ad escludere altre patologie in diagnosi differenziale.

L'allergia alimentare è stata sospettata in base a

- visita medica del curante
- visita medica di uno specialista non allergologo
- visita medica in occasione di accesso al Pronto Soccorso

Il/la bambino/a, in attesa della definizione diagnostica, dovrà temporaneamente (n° mesi 3) seguire una dieta priva del/i seguente/i alimento/i in attesa degli esiti degli accertamenti in corso/proposti.

- proteine del latte vaccino (latte bovino e derivati; alimenti contenenti proteine del latte);**

il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di **carne bovina**? SI NO

- proteine dell'uovo (uovo e tutti gli alimenti contenenti proteine dell'uovo);**

il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di **carne di pollo**? SI NO

- proteine del frumento** e di tutti i **cereali** che possano contenere proteine analoghe dal punto di vista allergenico (*orzo, farro, segale, kamut, avena*)

- proteine dell/i pesce/i** (*indicare il/i pesce/i sospettati come allergenici*).....
indicare quale/i pesce/i sono invece ingeriti e tollerati:

- proteine della soia (o altre leguminose comprese arachide)**

- frutta secca con guscio** (*indicare quale/i frutta secca ha determinato sintomi*).....
indicare quale/i tipo/i di frutta secca sono invece assunti e tollerati:

- kiwi (altra frutta fresca)**.....

- altri allergeni alimentari**

....., il

(Timbro e firma del Medico con codice regionale, qualifica e titoli specialistici, indirizzo e numero di telefono)

.....



Comune di

Richiesta di dieta speciale per allergia alimentare accertata

La certificazione dovrà essere compilata da un Medico di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia *oppure in alternativa* dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN solo sulla base di documentazione redatta da una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia. La diagnosi specialistica deve essere allegata in copia o disponibile a richiesta (riportare gli estremi).

CERTIFICAZIONE

Si certifica che.....

Nato a: il

Residente a: via:

Codice Fiscale o tessera sanitaria: Tel:

Scuola:.....

è **affetto/a** / presenta il seguente **quadro clinico**

.....

per il/la quale è **stato intrapreso e concluso**, dall'Unità Operativa della Rete Regionale di Allergologia l'iter che ha condotto alla diagnosi di allergia alimentare. In base alle procedure diagnostiche eseguite, **il/la bambino/a è risultato essere ALLERGICO/A** al/i seguente/i alimento/i, che dovrà/dovranno pertanto essere escluso/i dalla dieta:
(N.B. per le allergie alimentari accertate la dieta decadrà al termine dell'anno scolastico in corso)

- proteine del latte vaccino (latte bovino e derivati; alimenti contenenti proteine del latte);**
il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di **carne bovina**? SI NO
- proteine dell'uovo (uovo e tutti gli alimenti contenenti proteine dell'uovo);**
il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di **carne di pollo**? SI NO
- proteine del frumento** e di tutti i **cereali** che possano contenere proteine analoghe dal punto di vista allergenico (*orzo, farro, segale, kamut, avena*)
- proteine dell/i pesce/i** (*indicare il/i pesce/i allergenici*).....
indicare quale/i pesce/i sono invece ingeriti e tollerati:
- proteine della soia (o altre leguminose comprese arachide)**
- frutta secca con guscio** (*indicare quale/i frutta secca è allergenica*).....
indicare quale/i tipo/i di frutta secca sono assunti e tollerati.....
- kiwi (altra frutta fresca)**.....
- altri allergeni alimentari**

....., il

(Timbro e firma del Medico con codice regionale, qualifica e titoli specialistici, indirizzo e numero di telefono)

.....



Comune di

Richiesta di dieta speciale per intolleranza alimentare

(la certificazione deve essere compilata dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN)

CERTIFICAZIONE

Si certifica che (cognome e nome).....

Nato a: Residente a: via:

Codice Fiscale o tessera sanitaria: Tel:

Scuola:

è affetto/a da:

- Malattia celiaca**
- Intolleranza al lattosio primitiva**
- Intolleranza al lattosio secondaria**
- Favismo**
- Altra intolleranza ai carboidrati**
- Altri errori congeniti del metabolismo**

Intolleranza ad alimenti ricchi di amine vasoattive e/o di sostanze istamino-liberatrici (specificare quali alimenti

appartenenti a tali categorie non sono clinicamente tollerati:

Intolleranza ad additivi alimentari e metalli (conservanti, antiossidanti, emulsionanti, aromi, coloranti, salicilati). Specificare per

quale/i, tra additivi alimentari e metalli, è stata dimostrata l'intolleranza:

Il/la bambino/a deve pertanto seguire una dieta appropriata alla diagnosi.

....., il

(Timbro e firma del Medico con codice regionale, qualifica e titoli specialistici, indirizzo e numero di telefono)

.....

Allegato 1c

LINEE – GUIDA PER LA CERTIFICAZIONE DELLE INTOLLERANZE ALIMENTARI

Malattia celiaca: diagnosticata secondo i criteri internazionali; il certificato viene rilasciato da un Servizio di Gastroenterologia.

Intolleranza al lattosio (*deficit di lattasi*) primitiva permanente congenita/tardiva: la diagnosi deve essere formulata in base all'esecuzione del breath test e/o test di Kerry prima e dopo carico di lattosio, presso una Struttura di Gastroenterologia.

Intolleranza al lattosio (*deficit di lattasi*) secondaria: è transitoria (*es. post-enteritica*), la diagnosi può essere clinica e certificata dal PLS/MMG.

Le due voci sono distinte, in quanto nel primo caso la situazione è definitiva e la dieta viene attivata per tutto l'anno scolastico; nel secondo caso invece la dieta dovrebbe avere una durata limitata, per un massimo di tre mesi, da indicare nella certificazione. In caso di intolleranza protratta è opportuno impostare l'iter diagnostico previsto per il deficit permanente di lattasi. E' utile specificare sempre il grado di intolleranza (lieve /grave).

Favismo: la diagnosi si basa sul dosaggio dell'attività della G6PDH e della G6PD e sul loro rapporto (è opportuna la conferma presso un centro di ematologia).

Altra intolleranza ai carboidrati (*deficit di sucralasi-isomaltasi, deficit di trealasi, malassorbimento di glucosio-galattosio*): la diagnosi deve essere posta, in base al dosaggio e all'attività degli enzimi coinvolti, presso un centro di gastroenterologia.

Altri errori congeniti del metabolismo: la diagnosi deve essere formulata, in base alle valutazioni biochimiche specifiche, presso un centro di riferimento per le malattie metaboliche.

Intolleranza ad alimenti ricchi di amine vasoattive: la certificazione può essere compilata in via preliminare dal medico pediatra o dal medico di medicina generale del SSN; la diagnosi è di pertinenza di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia.

Al certificato definitivo deve essere allegata la documentazione di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia.

Intolleranza ad additivi alimentari e metalli: la certificazione può essere compilata in via preliminare dal medico pediatra o dal medico di medicina generale del SSN; la diagnosi è di pertinenza di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia, sulla base dei test specifici (test di scatenamento orale in doppio cieco vs placebo per additivi). Al certificato definitivo deve essere associato il referto di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia.

Rifiuto o avversione di un particolare alimento: nel caso in cui il bambino si rifiuti costantemente di assumere un alimento specifico in quanto non gradito o quando determina sintomi di avversione non si ritiene opportuna alcuna certificazione da parte del medico; sarà cura del genitore informare gli insegnanti al fine di concordare la linea di comportamento più opportuna (riproporre periodicamente l'alimento oppure non forzarne l'assunzione da parte del bambino); non è prevista alcuna sostituzione dell'alimento in questione.

Nel caso in cui dovesse essere comunque richiesta la sostituzione dell'alimento dovrà essere eseguito l'iter diagnostico previsto per le allergie alimentari; la sostituzione dell'alimento è condizionata all'esito positivo degli accertamenti.



Comune di

Richiesta di dieta speciale per altre patologie che necessitano di dietoterapia

(la certificazione deve essere compilata dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN)

CERTIFICAZIONE

Si certifica che (cognome e nome).....

Nato a: Residente a: via:

Codice Fiscale o tessera sanitaria: Tel:

Scuola:

è affetto/a da:

- Diabete**.....
- Dislipidemie**.....
- Obesità complicata**
- Sovrappeso / Obesità semplice** (*Per il bambino verrà mantenuto il menù previsto per la ristorazione scolastica, in quanto normocalorico e bilanciato per le diverse fasce di età. Verranno peraltro adottate da parte del personale scolastico e degli addetti alla ristorazione opportune modalità comportamentali volte a migliorare l'educazione alimentare del bambino stesso*)
- Stipsi**
- Reflusso gastro-esofageo**
- Malattia da reflusso gastro-esofageo – esofagite – ulcera**
- Gastrite e/o duodenite**
- Colon irritabile – Colite**
- Malattie infiammatorie croniche intestinali**
- Specificare:
- Epatopatie – Colecistopatie**
- Specificare:
- Ipertensione**
- Specificare:
- Nefropatia – Calcolosi renale**
- Specificare:
-
-

Il/la bambino/a deve pertanto seguire una dieta appropriata alla diagnosi.

....., il

(Timbro e firma del Medico con codice regionale, qualifica e titoli specialistici, indirizzo e numero di telefono)

.....

Allegato 1d

LINEE-GUIDA PER LA CERTIFICAZIONE DI ALTRE PATOLOGIE CHE NECESSITANO DI DIETOTERAPIA

- **Diabete:** il Servizio specialistico di riferimento deve allegare al certificato di malattia anche lo schema dietetico.
- **Dislipidemie:** la diagnosi deve essere posta dal Servizio specialistico.
- **Obesità complicata:** la diagnosi deve essere posta dal Servizio specialistico.
- **Sovrappeso/Obesità semplice:** nel certificato medico deve essere segnalata la condizione di sovrappeso oppure di obesità semplice. Per il bambino verrà mantenuto il menù previsto per la ristorazione scolastica, in quanto normocalorico e bilanciato per le diverse fasce di età. Verranno peraltro adottate da parte del personale scolastico e degli addetti alla ristorazione opportune modalità comportamentali volte a migliorare l'educazione alimentare del bambino sovrappeso o obeso.
- **Malattia da reflusso gastro-esofageo – esofagite – ulcera:** la diagnosi deve essere posta da un Servizio di Gastroenterologia.
- Per **reflusso gastro-esofageo, gastrite e/o duodenite, stipsi, colite – colon irritabile**, il certificato medico può anche essere redatto dal PLS/MMG e deve riportare la diagnosi e la durata del trattamento dietoterapeutico.
- **Malattie infiammatorie croniche intestinali:** la diagnosi deve essere posta da un Servizio di Gastroenterologia.
- **Epatopatie – Colecistopatie:** la diagnosi deve essere posta da un Servizio di Gastroenterologia.
- **Ipertensione** la diagnosi deve essere posta da un Servizio di Nefrologia o Cardiologia, che deve fornire anche l'indirizzo dietetico.
- **Nefropatia – Calcolosi renale:** la diagnosi deve essere posta da un Servizio di Nefrologia che deve fornire anche l'indirizzo dietetico.

Formula di acquisizione del consenso per il trattamento di dati personali ai fini di somministrazione delle diete speciali

Luogo Data

Cognome Nome Genitore dell'alunno

Scuola Comune

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni indicate nell'informativa, fornite ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole che il trattamento riguarderà i dati personali e/o "sensibili", precisamente sui dati relativi ad allergie ed intolleranze alimentari e a esigenze etico-religiose, presta il proprio consenso, autorizzando **CAMST SOC COOP A R.L** a gestire tale finalità.

Firma leggibile

Informativa dell'Interessato

Desideriamo informarLa che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

I dati da Lei forniti verranno trattati per la gestione delle diete particolari nel servizio di ristorazione che la riguardano e poter somministrare la dieta speciale all'alunno richiedente .

Il trattamento sarà effettuato con archiviazione manuale dei certificati medici e/o degli schemi dietetici forniti e/o delle autocertificazioni.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per la preparazione di diete particolari secondo specifiche allergie, intolleranze alimentari e esigenze etico-religiose e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati potrebbe comportare la mancata o parziale adeguatezza del pasto secondo la patologia specifica.

I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, salvo casi particolari o autorizzazione degli interessati

Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", saranno trattati con rispettiva riservatezza e non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione.

Il trattamento sarà affidato al nostro servizio di dietetica.

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

Decreto Legislativo n.196/2003, Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.