

MODULO PER RICHIESTA DI DIETA SPECIALE ADULTO a. s. 202__/202__ (agg. del 2025/09/01)

Da compilare e consegnare al comune per il Servizio Dietetico del C.P.P. di SeRA Ristorazione

COMUNE: _____ DATA della richiesta: _____

COGNOME E NOME: _____ DATA NASCITA _____

TEL.: _____ E-MAIL: _____

SCUOLA: _____ NIDO INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA

SEZIONE/CLASSE: _____ GIORNATE DI PRESENZA LUN MAR MER GIO VEN

1) Dieta ETICO-RELIGIOSA (autodichiarazione):

NO CARNE DI MAIALE NO CARNE BOVINA NO CARNE (TUTTI I TIPI) NO CARNE E PESCE
Si dichiara che tale **dieta** è **continuativa** valida fino all'intero percorso scolastico.

FIRMA _____

2) DIETA SPECIALE per la seguente Patologia _____ (obbligatorio)

DIETE BASE

(**Barrare esclusivamente 1 dieta**: non apporre nessun tipo di modifica al modulo aggiungendo o togliendo voci)

<input type="checkbox"/> NO GLUTINE	
<input type="checkbox"/> NO GLUTINE /LATT.	
<input type="checkbox"/> NO LATTICINI	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità
<input type="checkbox"/> NO UOVO	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità
<input type="checkbox"/> NO LATT./UOVO	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità
<input type="checkbox"/> NO POMODORO	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità
<input type="checkbox"/> NO LATT/UOVO/POM.	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità
<input type="checkbox"/> NO PESCE	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità
<input type="checkbox"/> NO LEGUMI	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità
<input type="checkbox"/> NO FRUTTA SECCA	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità
<input type="checkbox"/> IPOGLUCIDICA	
<input type="checkbox"/> BIANCA CONTINUATIVA	

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____

barrare in caso affermativo:

RICHIESTA DI DIETA "CONTINUATIVA" TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____

Si dichiara che la **dieta richiesta** relativa alla patologia sopra indicata è **continuativa** e resterà valida fino a disdetta scritta.

ALLERGIA GRAVE/ A RISCHIO VITA TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____

Per l'entrata in vigore della Dieta fare riferimento alle modalità segnalate nel Regolamento Diete.

Per annullare la richiesta di dieta e passare alla dieta libera, è necessario far pervenire un'autocertificazione a SeRa Ristorazione con la domanda di rinuncia dieta compilata da parte del medico.

TIMBRO E FIRMA DEL COMUNE _____