



Refectio srl  
Via Cadorna, 24 – Desio (MB)

**Oggetto: comunicazione procedura “Richiesta Diete Speciali”**

Refectio srl al fine di garantire il rispetto delle normative vigenti e delle Linee Guida redatte dal Ministero della Salute e dalle ATS/ASL di competenza ha elaborato, tramite il suo Ufficio Nutrizione, la seguente procedura per la gestione della richiesta di diete speciali.

In riferimento alle “Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica”, alla L. n. 123 del 2005 e alle Linee Guida elaborate dalle ATS regionali, Refectio ha la possibilità di redige le diete speciali solo dietro prescrizione medica, fatto salvo per le diete di tipo etico-religioso, per le quali è sufficiente una dichiarazione scritta del genitore/tutore.

Per poter gestire in modo preciso e puntuale le richieste di diete, in continuo aumento nel corso degli anni, si richiede che le prescrizioni mediche vengano accompagnate dall’apposito modulo “Richiesta Diete Speciali” presente in allegato.

Il modulo è da compilare a cura del genitore o tutore dell’alunno e va consegnato presso la segreteria unitamente al certificato medico.

Si precisa inoltre che il personale incaricato della preparazione e del confezionamento dei menù speciali effettua, con cadenza periodica, corsi specifici per la gestione delle diete, ai sensi del Reg.CE 852 del 2004 e della L. n. 123 del 2005.



## MODULO RICHIESTA DIETE SPECIALI - SCOLASTICO

**ISTITUTO:** \_\_\_\_\_ **LUOGO:** \_\_\_\_\_ (Paese/Città)

DIETA DI NUOVA ISCRIZIONE     RINNOVO DIETA SENZA VARIAZIONI     RINNOVO DIETA CON VARIAZIONI

**IO SOTTOSCRITTO:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Cognome)

(Nome)

**GENITORE DELL'ALUNNO/A:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Cognome)

(Nome)

**NATO/A IL:** \_\_\_\_\_

(gg/mm/aaaa)

**DELLA SEZIONE:**

NIDO     PRIMAVERA     INFANZIA

PRIMARIA     SECONDARIA I°     SECONDARIA II°

### CHIEDE

che l'alunno/a possa seguire la seguente dieta speciale:

**DIETA ETICO/RELIGIOSA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(specificare gli alimenti da escludere)

**DIETA PER PATOLOGIA:**

DIAGNOSI: \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

ALIMENTI DA ESCLUDERE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DURATA: \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N.B. Allegare il certificato medico e le eventuali indicazioni dietetiche prescritte.

Io sottoscritto (Cognome)

(Nome)

autorizzo la società Refectio

s.r.l. al trattamento dei dati personali sopra esposti, anche con mezzi informatici, in conformità al D.Lgs 196/03 che prevede la riservatezza degli stessi.

**DATA:** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_