

**SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA DEL COMUNE DI ALBANO LAZIALE (RM)
PROCEDURA DI RICHIESTA DEL PASTO SPECIALE**

Per tutti i soggetti che hanno esigenze alimentari particolari, transitorie o permanenti, e necessitano quindi di un pasto scolastico speciale, la procedura da seguire è la seguente:

- **Compilare** con scrittura chiara e leggibile il **modulo richiesta di pasto speciale**, indicando **scuola, classe e sezione**
- Solo se la richiesta di pasto speciale deriva da comprovati **motivi di salute** (allergie, intolleranze, patologie cliniche ecc) è necessario fornirsi del **certificato medico** debitamente timbrato e firmato dal proprio medico curante o analogo specialista indicante la diagnosi, l'elenco degli alimenti da escludere ed il periodo di validità della richiesta.
Non verranno accettate altre tipologie di dichiarazione.
In assenza di precisa indicazione medica la dieta speciale richiesta avrà validità di un anno scolastico.
Per motivazioni di **natura etico-religiosa** sarà sufficiente compilare solo il modulo richiesta di pasto speciale.
- **Inviare la documentazione per mail** come segue:
 - **A:** scuolealbano@bioristoroitalia.it e ufficiodietetico@bioristoroitalia.it
 - **Oggetto della mail:** pasto speciale ALBANO
 - **Allegato/i:** modulo di richiesta pasto speciale e certificato medico (se richiesto, come da istruzioni)

Oppure, in alternativa

- **Inviare la documentazione** completa via FAX al numero **06/96.40.169**, indicando sempre scuola, classe e sezione

Oppure, in alternativa

- **Inviare la documentazione** attraverso il portale utente RistoCloud

MODULO RICHIESTA DI PASTO SPECIALE

DA INVIARE CORRETTAMENTE COMPILATO A SCUOLEALBANO@BIORISTOROITALIA.IT E UFFICIODIETETICO@BIORISTOROITALIA.IT, INSIEME A COPIA DEL CERTIFICATO MEDICO LADDOVE RICHIESTO.

Anno scolastico.....

- Prima richiesta
- Rinnovo
- Modifica dieta in corso
- Reintroduzione dieta libera

Il / La Sottoscritto / a nato / a
(.....) il residente in (.....)
Via / Piazza..... CAP.....
con recapito telefonico..... e-mail.....
in qualità di genitore o tutore del / la bambino / a.....
frequentante la [] scuola infanzia / [] primaria (mettere una X sull'opzione corretta) del plesso.....
..... classe..... sezione.....

CHIEDE

La preparazione di una dieta scolastica speciale per:

- TEMPORANEA INDISPOSIZIONE (max 5 giorni):** il pasto leggero in bianco è prenotabile automaticamente dal portale utente RistoCloud. Si ricorda che tale dieta ha una validità massimo di 5 giorni, superati i quali sarà necessario presentare il certificato medico.
- MOTIVI DI SALUTE** (patologia cronica e/o transitoria, fase di accertamento clinico, intolleranza/allergia alimentare). In questo caso è necessario allegare il certificato medico del proprio medico curante o del medico specialista chiaro e leggibile, con timbro e firma del medico, diagnosi, elenco degli alimenti da escludere e periodo di validità della richiesta. Questa richiesta, se priva del certificato medico, non verrà presa in considerazione.
 - Specificare il tipo di allergia / intolleranza / patologia clinica.....
- MOTIVI ETICO-RELIGIOSI:**
 - NO carne suina (di maiale) e derivati
 - NO carne bovina (manzo, vitello, vitellone) e derivati
 - NO tutti i tipi di carne (pollo, maiale, manzo, tacchino, coniglio ect) e derivati
 - Scelta VEGETARIANA (NO carne NO pesce)
 - Scelta VEGANA (NO tutti i derivati di origine animale)

La reintroduzione della dieta libera comune

Il/la bambino/a è presente a mensa:

- tutti i giorni
- lunedì
- martedì
- mercoledì
- giovedì
- venerdì

Si allega:

- certificato medico (avere cura che sia chiaro e leggibile)

Data

Firma leggibile del genitore o esercente la patria potestà

NOTA BENE: *La richiesta di dieta speciale si intende valida per la durata di ogni ciclo educativo/scolastico oppure fino a presentazione di nuova certificazione (che modifichi o annulli la precedente per mutate esigenze). Al termine di ogni ciclo o anno scolastico/educativo il genitore, o chi eserciti la patria potestà o persona delegata, è tenuto alla presentazione di nuovo certificato medico, come pure in caso di sospensione (reintroduzione della dieta libera).*

Con la presente si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi dell'Informativa sulla privacy Reg. 679/2016/UE.