

**CSA****COOPERATIVA  
SANT'ANSELMO****MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE – ANNO SCOLASTICO 2024/2025**

COMUNE DI / ISTITUTO .....  
Il/La sottoscritto/a ..... residente in via .....  
Città ..... Provincia (.....)  
Telefono/cellulare ..... email .....  
Genitore/tutore di ..... (in seguito "utente")  
Frequentante la scuola [ ] nido [ ] infanzia [ ] primaria [ ] secondaria I° grado  
Nome o via della Scuola ..... Classe ..... Sezione .....  
FA PRESENTE CHE L'UTENTE NECESSITA DI DIETA SPECIALE [ ] PER L'INTERO ANNO SCOLASTICO  
[ ] TEMPORANEA FINO AL .....

**➤ PER MOTIVAZIONE ETICA E/O RELIGIOSA**

[ ] no carne suina (maiale) [ ] no carne bovina (manzo, mucca) [ ] no carne avicola (pollo, tacchino)  
[ ] no carne equina (cavallo) [ ] no tutti i tipi di carne, sì pesce  
[ ] scelta vegetariana (no tutti i tipi di carne, no pesce)  
[ ] scelta vegana (no tutti i tipi di carne, no pesce, no uova, no latte e di tutti i derivati) necessario certificato medico per età < 3 anni

*Le preparazioni presenti nelle diete etico-religiose potrebbero contenere tracce dei seguenti allergeni: cereali contenenti glutine, crostacei, uova, pesce, arachidi, soia, latte incluso lattosio, frutta a guscio, sedano, senape, semi di sesamo, anidride solforosa e solfiti, lupini, molluschi.*

**➤ PER MOTIVAZIONE SANITARIA. Si allega copia del CERTIFICATO MEDICO\***

[ ] intolleranza alimentare a (specificare alimento/i): .....  
[ ] allergia alimentare a (specificare alimento/i): .....  
[ ] malattia metabolica (specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc...): .....  
[ ] altro (specificare): .....

*(\*) Si accolgono solo certificati con timbro e firma del medico curante.*

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

*La documentazione fornita potrebbe essere soggetta a valutazione del Servizio Sanitario Locale.*

In qualità di genitore/tutore dell'utente e allo stato delle mie conoscenze attuali dichiaro che la dieta sanitaria richiesta:

[ ] è da considerare "A RISCHIO VITA" (rischio di shock anafilattico, ricovero ospedaliero, gravi reazioni allergiche...)  
[ ] non è da considerare a rischio vita

In caso di dieta per celiachia/priva di glutine, verranno somministrati pane senza glutine o gallette di riso. Il sottoscritto dichiara di sapere che, per sospendere o variare la dieta speciale durante l'anno scolastico, dovrà far pervenire nuova documentazione (rinvio del presente modulo e nuovo certificato medico in caso di dieta sanitaria).

La richiesta ha valore per l'anno scolastico 2021/2022.

Data .....

Firma .....

**Cooperativa Sant'Anselmo Società Cooperativa Sociale Onlus****Sede legale**

Via Gelso, 8 - 46100 MANTOVA  
Tel 0376 285611 - Fax 0376 285619  
santanselmo@csa-coop.it

**Filiale**

Via Silvestrini, 7 - 37135 VERONA  
Tel. 045 583334 - Fax 045 8757177  
csavr@csa-coop.it

PEC: coopsantanselmo@pec.confcooperative.it  
Cod.Fisc. / P.Iva 02129160202

**WWW.CSA-COOP.IT**

Iscritta nel Registro  
delle Imprese della Camera  
di Commercio di Mantova  
n° MN - 226587