

## MODULO RICHIESTA DI PASTO ALTERNATIVO PER MOTIVAZIONI ETICHE O RELIGIOSE

ANNO SCOLASTICO .....

Comune di \_\_\_\_\_

- Il sottoscritto/a (NOME COGNOME) \_\_\_\_\_
- Genitore/tutore di (NOME COGNOME ALUNNO) \_\_\_\_\_
- OPPURE
- Il sottoscritto/a operatore scolastico/Docente \_\_\_\_\_

telefono/cellulare (solo in caso di necessità di chiarimenti) \_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica (facoltativo) \_\_\_\_\_

**Scuola di riferimento:** Nome scuola \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_

NIDO       INFANZIA       PRIMARIA       SECONDARIA I GRADO

### Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico fornito da CIRFOOD

COLAZIONE     MERENDA DI META MATTINO     PRANZO     MERENDA DI META POMERIGGIO

**Giorni di rientro**       LUNEDI'     MARTERDI'     MERCOLEDI'     GIOVEDI'     VENERDI'

Il Sottoscritto, come sopra identificato:

1. **RICHIESTE** per il proprio figlio/a o per se in quanto Docente fruitore del servizio di refezione scolastica, la produzione di pasto alternativo per motivazione etico-religiosa:

- Motivazione religiosa
  - no tutti i tipi di carne
  - no tutti i tipi di carne compreso il pesce
  - no suino
  - no bovino
  - altro (specificare) \_\_\_\_\_
- Motivazione etica
  - dieta ovo-latto vegetariana (no carne, no pesce- sì uova, latte e derivati)
  - dieta latte- vegetariana (no carne, no pesce- no uova – sì latte e derivati)
  - dieta ovo- vegetariana (no carne, no pesce, no latte e derivati – sì uova )
  - dieta vegana (no carne, no pesce, no uova, no latte e derivati)

2.  Il consumatore ha richiesto anche una Dieta Sanitaria. (In caso di necessità di dieta sanitaria per intolleranza o allergia è **necessario compilare anche** il MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE e allegare la documentazione richiesta)

3. Le esclusioni per motivazioni etiche o religiose NON tengono conto di possibili tracce contenute nelle materie prime utilizzate

4. La richiesta è ritenuta valida per l'intero anno scolastico

5. Il sottoscritto è consapevole che la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione AUSL.

*Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri.*

Luogo e data

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_