



## COMUNE DI GARGALLO

Provincia di Novara  
Piazza Dottor Carlo Baroli, 2  
Tel. 0322/913017 - 0322/94115 Fax: 0322/953619  
e-mail: [municipio@comune.gargallo.no.it](mailto:municipio@comune.gargallo.no.it)  
posta certificata: [gargallo@ccrt.ruparpiemonte.it](mailto:gargallo@ccrt.ruparpiemonte.it)  
Codice fiscale e Partita IVA 00397470030  
Ufficio tributi: [tributi@comune.gargallo.no.it](mailto:tributi@comune.gargallo.no.it)

Prot. n. 1514 cat. VII cl. II

Gargallo, 17 maggio 2021

Ai genitori degli alunni  
della scuola **primaria**

Oggetto: Anno scolastico 2021/2022.  
Trasmissione opuscolo informativo e modelli.

Con la presente si trasmette opuscolo informativo relativamente ai servizi scolastici istituiti e gestiti dall'Ente.

Si ricorda che la fruizione dei servizi proposti (prescuola, doposcuola e mensa) è su richiesta. Si allega, pertanto, modulo da restituirsi debitamente compilato in tutte le sue parti e firmato – solo in caso di iscrizione al servizio.

Si allega, inoltre, modulo segnalazione intolleranze \ allergie alimentari, da riconsegnare anche in caso di comunicazione negativa. Tali informazioni sono da ritenersi facoltative, ma importanti per la miglior gestione del servizio mensa e per la programmazione di iniziative particolari legate all'alimentazione.

Le adesioni possono essere inoltrate via mail all'indirizzo: [tributi@comune.gargallo.no.it](mailto:tributi@comune.gargallo.no.it) oppure, in via residuale, consegnate presso gli uffici comunali dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 13.15 ed il sabato dalle ore 10.00 alle ore 11.45 **entro e non oltre mercoledì 30 giugno prossimo**.

Si precisa, a tale fine, che la risposta fornita si intende come adesione di massima al servizio stesso in quanto le attività saranno organizzate proprio sulla base dei riscontri ottenuti. In caso di mancata risposta la stessa si intende come non adesione al servizio.

Stante le normative attuali - che potrebbero variare in qualsiasi momento - l'organizzazione prevede la suddivisione degli alunni in piccoli gruppi (e in base all'età); il numero del personale di assistenza è legato al numero di gruppi formati. Pertanto la definizione dei costi e lo svolgimento del servizio è strettamente vincolato al numero delle richieste pervenute.

Appena possibile sarà data apposita comunicazione contenente costi e modalità di svolgimento. Si chiede, pertanto, di indicare sul modulo di preadesione un indirizzo mail a cui inviare tutte le successive informative.

Distinti saluti.



Il Responsabile del Servizio  
F.to Dottor Luigi Giulio Guidetti



## COMUNE DI GARGALLO

Tel. 0322/913017 - 0322/94115 Fax: 0322/953619  
e-mail: [tributi@comune.gargallo.no.it](mailto:tributi@comune.gargallo.no.it)

### SCUOLA PRIMARIA

**Mensa** servizio attivo tutti i giorni – a pagamento, dietro iscrizione  
Deve essere prenotato il pasto entro le ore 08.00  
In caso contrario, l'alunno non potrà fermarsi a pranzo

*Eventuali buoni pasto non utilizzati nel precedente anno scolastico / centro estivo potranno essere utilizzati senza la validazione da parte dell'ufficio comunale*

***Si ricorda che è possibile fruire della mensa anche nei giorni di non rientro scolastico anche se non iscritti al doposcuola***

**Prescuola** tutti i giorni dalle ore 7.30 alle ore 8.00 – a pagamento, dietro iscrizione

**Doposcuola** tutti i giorni dal termine dell'attività didattica fino alle ore 18.00 – a pagamento, dietro iscrizione  
comprensivo della fornitura della merenda per tutti i giorni  
Orario ingresso senza mensa: dalle 13.15 alle 13.30 - Orario di uscita: dalle 17.00.

Note pagamento pre \ post scuola:

Si ricorda che gli importi sono dovuti anche nel caso in cui in un determinato periodo non si sia usufruito del servizio stesso

Nel caso in cui non si rispettassero le scadenze per i pagamenti, l'Amministrazione procederà con la sospensione dal servizio medesimo

**Le ricevute di pagamento dei vari servizi faranno fede quale certificazione per la detrazione delle spese di istruzione come indicato al punto 2 della Circolare dell'Agenzia delle Entrate n. 18 del 06/05/2016**

**da riconsegnare entro e non oltre il 30/06 (solo se interessati)**

(spazio x il timbro di protocollo)

Al Comune di Gargallo

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in Via / Piazza \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

mail \ pec \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

che frequenta la classe \_\_\_\_\_ presso la scuola **primaria** di Gargallo

CHIEDE

- per l'anno scolastico 2021/2022 - per il proprio figlio la fruizione del servizio:

(Barrare la/e casella/e che interessa/interessano)

- PRESCUOLA  
 DOPOSCUOLA  
 MENSA

e DICHIARA

che il proprio figlio durante il doposcuola

E' ESONERATO DALLO SVOLGERE I COMPITI

PUO' FARE I COMPITI

*in questo caso*

- ✓ tali attività possono essere svolte in modo autonomo o in collaborazione con gli altri alunni
- ✓ il personale di assistenza non è tenuto a garantire la corretta esecuzione dei compiti e non può in alcun modo obbligare l'alunno ad eseguirli

- nulla osta a fare foto ricordo di gruppo e delle varie attività (che non verranno rese pubbliche)

- le persone autorizzate a prendere il proprio figlio sono:

(indicare: cognome - nome - parentela - recapito telefonico)

1. \_\_\_\_\_

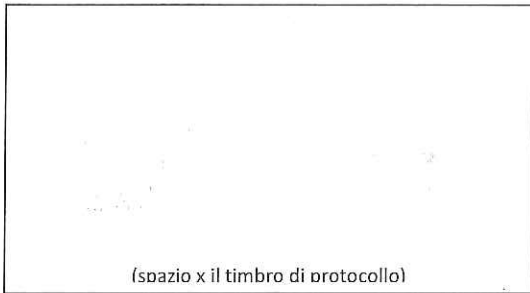
2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Gargallo, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**da riconsegnare entro e non oltre il 30/06 (tutti)**



Al Comune di Gargallo

Oggetto: Segnalazione intolleranze \ allergie alimentari e patologie.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

genitore del **bambino** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

iscritto alla classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ di Gargallo

**DICHIARA CHE il proprio figlio**

- NON E'** affetto da allergie \ intolleranze alimentari
- E'** affetto dalla seguente  
allergia alimentare \_\_\_\_\_  
intolleranza alimentare \_\_\_\_\_

(compilare apposita richiesta disponibile c/o gli uffici comunali)

- NON** ha patologie da segnalare
- Ha** la seguente patologia da segnalare (al fine di permettere la corretta gestione dei sintomi)  
\_\_\_\_\_
- NON** deve assumere farmaci durante la presenza a scuola
- Deve** assumere i seguenti farmaci (al fine di permettere la corretta gestione dei sintomi)  
\_\_\_\_\_

✓ Libera il personale addetto da eventuali responsabilità correlate

Il/La sottoscritto/a, consapevole che il trattamento riguarderà i dati personali e/o "sensibili", presta il proprio consenso, autorizzando il Comune di Gargallo e le ditte **affidatarie dei servizi di assistenza e/o refezione scolastica** a gestire tale finalità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**MODULO RICHIESTA DIETA per a.s. 20\_\_/20\_\_**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Genitore di \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Attualmente frequenta la scuola \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Il prossimo anno frequenterà la scuola \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

**GIORNI DI RISTORAZIONE**

LUN       MART       MERC       GIOV       VEN

**DIETA PERSONALIZZATA**

Attivazione     Sospensione – di cui si allega certificato medico

Rinnovo (celiachia o favismo) per il quale  
non allega certificato medico

**DIETA ETICO-RELIGIOSA**

Attivazione     Sospensione – di cui si     allega certificato medico

- NO CARNE DI MAIALE
- NO CARNE \*
- NO CARNE E PESCE \* (si latte e uova)
- NO PROTEINE ANIMALI \*\*
- ALTRO \_\_\_\_\_

\*per le diete SENZA CARNE E SENZA CARNE E PESCE relative ai bambini che frequentano il nido (con età inferiore ad un anno) oltre alla richiesta è necessaria la certificazione medica del Pediatra attestante che, sulla base del Bilancio di Salute del bambino, lo stesso può seguire il menù "senza carne" o "senza carne e pesce"

\*\*per le diete SENZA PROTEINE ANIMALE oltre alla richiesta è necessaria la certificazione medica del Pediatra attestante che, sulla base del Bilancio di Salute del bambino, lo stesso può seguire il menù "senza proteine animali", per gli utenti di ogni età (adulti esclusi).

**Tutti i certificati medici devono riportare la durata della dieta e scadono dopo 1 anno dalla data del rilascio, tranne nel caso di celiachia e favismo.**

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte e firmato, con allegata la certificazione medica dovrà essere consegnato all'Ufficio Scuola del Comune di riferimento.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_



Comune di .....

**Richiesta di dieta speciale per allergia alimentare accertata**

La certificazione dovrà essere compilata da un Medico di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia *oppure in alternativa* dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN solo sulla base di documentazione redatta da una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia. La diagnosi specialistica deve essere allegata in copia o disponibile a richiesta (riportare gli estremi).

**CERTIFICAZIONE**

Si certifica che.....

Nato a: ..... il .....

Residente a:..... via: .....

Codice Fiscale o tessera sanitaria: ..... Tel: .....

Scuola:.....

è affetto/a / presenta il seguente **quadro clinico** .....

per il/la quale è stato intrapreso e concluso, dall'Unità Operativa della Rete Regionale di Allergologia ..... l'iter che ha condotto alla diagnosi di allergia alimentare. In base alle procedure diagnostiche eseguite, **il/la bambino/a è risultato essere ALLERGICO/A** al/i seguente/i alimento/i, che dovrà/dovranno pertanto essere escluso/i dalla dieta:  
(N.B. per le allergie alimentari accertate la dieta decadrà al termine dell'anno scolastico in corso)

- proteine del latte vaccino (latte bovino e derivati; alimenti contenenti proteine del latte);**  
il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di **carne bovina**?  SI  NO
- proteine dell'uovo (uovo e tutti gli alimenti contenenti proteine dell'uovo);**  
il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di **carne di pollo**?  SI  NO
- proteine del frumento e di tutti i cereali che possano contenere proteine analoghe dal punto di vista allergenico (orzo, farro, segale, kamut, avena)**
- proteine degli pesceli (indicare il/i pesce/i allergenici).....**  
indicare quale/i pesce/i sono invece ingeriti e tollerati: .....
- proteine della soia ( o altre leguminose comprese arachide) .....**
- frutta secca con guscio (indicare quale/i frutta secca è allergenica).....**  
indicare quale/i tipo/i di frutta secca sono assunti e tollerati.....
- kiwi (altra frutta fresca).....**
- altri allergeni alimentari .....**

....., il .....

(Timbro e firma del Medico con codice regionale, qualifica e titoli specialistici, indirizzo e numero di telefono)

.....



Comune di .....

**Richiesta di dieta speciale per intolleranza alimentare**

(la certificazione deve essere compilata dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN)

**CERTIFICAZIONE**

Si certifica che (cognome e nome).....

Nato a: ..... Residente a: ..... via: .....

Codice Fiscale o tessera sanitaria: ..... Tel: .....

Scuola: .....

è affetto/a da:

- Malattia celiaca** .....
- Intolleranza al lattosio primitiva** .....
- Intolleranza al lattosio secondaria** .....
- Favismo** .....
- Altra intolleranza ai carboidrati** .....
- Altri errori congeniti del metabolismo** .....

**Intolleranza ad alimenti ricchi di amine vasoattive e/o di sostanze istamino-liberatrici** (specificare quali alimenti

appartenenti a tali categorie non sono clinicamente tollerati: .....

**Intolleranza ad additivi alimentari e metalli** (conservanti, antiossidanti, emulsionanti, aromi, coloranti, salicilati). Specificare per

quale/i, tra additivi alimentari e metalli, è stata dimostrata l'intolleranza: .....

Il/la bambino/a deve pertanto seguire una dieta appropriata alla diagnosi.

....., il .....

(Timbro e firma del Medico con codice regionale, qualifica e titoli specialistici, indirizzo e numero di telefono)

## Allegato 1c

### LINEE – GUIDA PER LA CERTIFICAZIONE DELLE INTOLLERANZE ALIMENTARI

**Malattia celiaca:** diagnosticata secondo i criteri internazionali; il certificato viene rilasciato da un Servizio di Gastroenterologia.

**Intolleranza al lattosio (deficit di lattasi) primitiva permanente congenita/tardiva:** la diagnosi deve essere formulata in base all'esecuzione del breath test e/o test di Kerry prima e dopo carico di lattosio, presso una Struttura di Gastroenterologia.

**Intolleranza al lattosio (deficit di lattasi) secondaria:** è transitoria (*es. post-enteritica*), la diagnosi può essere clinica e certificata dal PLS/MMG.

*Le due voci sono distinte, in quanto nel primo caso la situazione è definitiva e la dieta viene attivata per tutto l'anno scolastico; nel secondo caso invece la dieta dovrebbe avere una durata limitata, per un massimo di tre mesi, da indicare nella certificazione. In caso di intolleranza protratta è opportuno impostare l'iter diagnostico previsto per il deficit permanente di lattasi. E' utile specificare sempre il grado di intolleranza (lieve /grave).*

**Favismo:** la diagnosi si basa sul dosaggio dell'attività della G6PDH e della G6PD e sul loro rapporto (è opportuna la conferma presso un centro di ematologia).

**Altra intolleranza ai carboidrati (deficit di sucrali-isomaltasi, deficit di trealasi, malassorbimento di glucosio-galattosio):** la diagnosi deve essere posta, in base al dosaggio e all'attività degli enzimi coinvolti, presso un centro di gastroenterologia.

**Altri errori congeniti del metabolismo:** la diagnosi deve essere formulata, in base alla valutazioni biochimiche specifiche, presso un centro di riferimento per le malattie metaboliche.

**Intolleranza ad alimenti ricchi di amine vasoattive:** la certificazione può essere compilata in via preliminare dal medico pediatra o dal medico di medicina generale del SSN; la diagnosi è di pertinenza di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia.

Al certificato definitivo deve essere allegata la documentazione di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia.

**Intolleranza ad additivi alimentari e metalli:** la certificazione può essere compilata in via preliminare dal medico pediatra o dal medico di medicina generale del SSN; la diagnosi è di pertinenza di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia, sulla base dei test specifici (test di scatenamento orale in doppio cieco vs placebo per additivi). Al certificato definitivo deve essere associato il referto di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia.

**Rifiuto o avversione di un particolare alimento:** nel caso in cui il bambino si rifiuti costantemente di assumere un alimento specifico in quanto non gradito o quando determina sintomi di avversione non si ritiene opportuna alcuna certificazione da parte del medico; sarà cura del genitore informare gli insegnanti al fine di concordare la linea di comportamento più opportuna (riproporre periodicamente l'alimento oppure non forzarne l'assunzione da parte del bambino); non è prevista alcuna sostituzione dell'alimento in questione.

Nel caso in cui dovesse essere comunque richiesta la sostituzione dell'alimento dovrà essere eseguito l'iter diagnostico previsto per le allergie alimentari; la sostituzione dell'alimento è condizionata all'esito positivo degli accertamenti.