

MODULO A

Facsimile di **MODULO DI RICHIESTA di dieta speciale per motivi sanitari per il servizio di refezione scolastica (da consegnare al genitore da parte dell'amministrazione comunale o della scuola privata)**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via/piazza _____ n. _____

tel. abitazione n°

tel. ufficio/cellulare n°

che frequenta la classe _____ sez. _____ della Scuola _____

_____ per l'anno scolastico _____ / _____

Il bambino è presente in mensa nei seguenti giorni

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

C H I E D E

la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di (barrare la casella interessata)

- **Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare**
a tal fine si allega:
 - certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

- **Dieta speciale per celiachia**
a tal fine si allega:
 - certificato del medico curante con diagnosi

- **Dieta speciale per altre condizioni permanenti**
a tal fine si allega:
 - certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Data

Firma del genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale

.....

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.LGS.196/2003

Gentile Signora/a,

desideriamo informarla che il D. Lgs. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dati personali" prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti.

Pertanto, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs.196/2003, le forniamo le seguenti informazioni:

- 1) i dati da lei forniti verranno trattati per la seguente finalità: somministrazione di dieta speciale o dieta di transizione, adattamento della tabella dietetica del centro cottura, interventi di sorveglianza nutrizionale da parte dell'Azienda USL competente per territorio;
- 2) il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale/informatizzato;
- 3) il conferimento dei dati è obbligatorio al fine di predisporre la dieta speciale o la dieta di transizione;
- 4) il diniego a fornire i dati personali e a sottoscrivere il consenso non consentirà di predisporre a suo figlio/a la dieta;
- 5) i dati saranno utilizzati dai dipendenti comunali incaricati del trattamento, dal personale della ditta gestore del servizio di ristorazione presso le scuole, dal personale sanitario dell'Azienda USL competente per territorio;
- 6) il trattamento effettuato su tali dati sensibili sarà compreso nei limiti indicati dal Garante per finalità di carattere istituzionale;
- 7) i dati non saranno oggetto di diffusione;
- 8) in ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.lgs.196/2003;
- 9) il titolare del trattamento è il Comune di competenza o la scuola privata

Letto quanto sopra, il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati forniti purchè tale trattamento sia svolto nei limiti imposti da leggi e regolamenti alle Pubbliche Amministrazioni, per lo svolgimento dei fini istituzionali

Data

Firma del genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale

.....

Istruzioni per la riconsegna del modulo

La richiesta, con allegato il certificato del medico curante ed elenco alimenti da escludere dalla dieta, deve essere recapitata all'ufficio competente del Comune di appartenenza della scuola pubblica o all'amministrazione scolastica se si tratta di scuola privata.

Logo
Amministrazione
Comunale

MODULO B

Certificato per diete speciali ai fini della ristorazione scolastica

Data

Si certifica che il/la bambino/a _____ M F

nato/a a _____ il _____

presenta:

- ALLERGIA ALIMENTARE** (specificare: _____)
- INTOLLERANZA ALIMENTARE** (specificare: _____)
- CELIACHIA**
- MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO** (specificare: _____)

Si chiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:**

OPPURE

Si chiede una **ALIMENTAZIONE TEMPORANEA A BASE DEI SEGUENTI ALIMENTI:**

Tale richiesta deve intendersi valida per il seguente **periodo:**

Timbro e firma del Medico Curante o del Pediatra di Libera Scelta

.....

N.B. L'onere della certificazione è a carico dell'utente.