

MODULO A
(Da compilarsi da parte del genitore)

**MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI PER SERVIZIO DI
REFEZIONE SCOLASTICA**
(da consegnare al genitore da parte dell'amministrazione comunale o della scuola se privata)

Il/la sottoscritto/a (Nome e Cognome) _____
 genitore o esercente potestà genitoriale del/della bambino/a _____
 nato/a _____ il _____
 residente in _____ via/piazza _____ n° _____
 telefono abitazione n° _____
 telefono ufficio n° _____
 telefono cellulare n° _____
 che frequenta la classe _____ sez. _____ della scuola _____
 _____ per l'anno scolastico _____ / _____

Il/la bambino/a è presente in mensa nei seguenti giorni:

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

Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico compresi nel servizio di refezione scolastica

Colazione	Merenda di metà mattino	Pranzo	Merenda di metà pomeriggio	Cena

CHIEDE

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 degli alimenti da escludere dall'alimentazione

- Dieta speciale per celiachia

a tal fine si allega:

 - certificazione del medico curante con diagnosi

- Dieta speciale per altre condizioni permanenti

a tal fine si allega:

 - certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

N.B

Si fa presente che verranno considerate solo certificazioni mediche riportanti test diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute.

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

Gentile Signore/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, adattamento della tabella dietetica del centro cottura, interventi di sorveglianza nutrizionale da parte del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione della ASL competente per il 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;
- 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 del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione della ASL 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.

Data: _____

Firma del genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale: _____

Istruzione 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/paritaria.

SCHEMA TIPO di CERTIFICATO MEDICO

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:**

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.