

MODULO A:

RICHIESTA di DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA

Istruzioni per la riconsegna del modulo: La richiesta, con allegato il certificato del medico curante ed elenco alimenti da escludere dalla dieta, deve essere consegnata all'ufficio competente del Comune di appartenenza della scuola pubblica o all'Ente Gestore se si tratta di scuola privata.

I sottoscritti (nome e cognome) _____ genitori o

Esercitantî potestà genitoriale del/la bambino/a _____

nato/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/a è presente in mensa nei seguenti giorni:

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

Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico:

Merenda del mattino	Pranzo	Merenda del pomeriggio
---------------------	--------	------------------------

C H I E D E

la somministrazione al\alla proprio\la figlio\la 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 la 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

Informativa riguardo il trattamento di dati personali anche sensibili (Regolamento europeo 2016/679 del 27 aprile 2016)

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento europeo 2016/679 relativo alla protezione dei dati desideriamo informarla che il "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 Regolamento Europeo 2016/679, 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 del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione SIAN della ASL 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 incaricati del trattamento, e dal personale sanitario del SIAN 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) i suoi diritti Potranno essere esercitati presentando richiesta al Titolare del Trattamento dei dati Scuola dell'Infanzia "S.Andrea" - Parrocchia S. Andrea - piazza G.G. Trissino, 6 - Trissino (VI)

Firma dei genitori o affidatari che esercitano la potestà genitoriale.

1) _____ 2) _____

Data _____

MODULO B:

**CERTIFICATO CON LE INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA
RISTORAZIONE SCOLASTICA**

Istruzione per la compilazione: da compilarsi a cura del Medico curante (preferibilmente PEDIATRA DI
LIBERA SCELTA/MEDICO DI MEDICINA GENERALE) in tutte le sue parti.

Data _____

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

Nato/a _____ il _____ presenta:

☐ **ALLERGIA ALIMENTARE** -possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta
disponibilità di Adrenalina autoiniettabile

SI ☐ NO ☐

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche:

- ☐ Esami in vivo (es: Prick Test, Prick by Prick)
- ☐ Esami in Vitro (es: IgE specifiche, RAST, ISAC)
- ☐ Biopsia intestinale
- ☐ Breath test
- ☐ Test di provocazione orale

☐ **INTOLLERANZA ALIMENTARE**

☐ **CELIACHIA**

☐ **MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**

☐ **ALTRA PATOLOGIA** _____

N.B. si fa presente che verranno considerate solo certificazioni mediche riportanti tests diagnostici
riconosciuti dal Ministero della Salute.

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

Durata della dieta speciale

intero ciclo scolastico ☐ intero

anno scolastico ☐

n _____ mesi ☐

Timbro e firma del Medico Curante

MODULO A RICHIESTA DIETE SPECIALI PER MOTIVI SANITATI