

**MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE
per motivi sanitari per il servizio di refezione scolastica**

(in ottemperanza alle Linee di indirizzo per il Miglioramento della Qualità Nutrizionale della Ristorazione Scolastica, approvate con D.G.R. 1189 del 01/08/17)

La richiesta, con allegato il certificato del medico curante ed elenco alimenti da escludere dalla dieta, deve essere recapitata all'Ufficio Istruzione del Comune di Silea esclusivamente via mail protocollo@comune.silea.tv.it o via fax 0422/460483

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

genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____ n. ____
tel. abitazione n° _____ tel. cellulare n° _____
e-mail _____

che frequenta la classe _____ sez. _____ della scuola dell'Infanzia
di Cendon Lanzago per l'anno scolastico _____/_____

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

lunedì martedì mercoledì giovedì venerdì

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 il certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione (predisposto utilizzando il modello allegato);

dieta speciale per la **celiachia**; a tal fine si allega il certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione (predisposto utilizzando il modello allegato);

dieta speciale per **altre condizioni permanenti**; a tal fine si allega il certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione (predisposto utilizzando il modello allegato);

Firma dei genitori o affidatari che esercitano la potestà genitoriale.

1) _____

2) _____

Data _____

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI
AI SENSI DEL REGOLAMENTO 2016/679/UE
– GENERAL DATA PROTECTION REGULATION – GDPR

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, il Comune informa che i dati personali forniti nel contesto del presente procedimento sono trattati, sia in forma cartacea che con strumenti elettronici, per fini istituzionali, per gestire gli adempimenti istruttori ed amministrativi previsti nel relativo procedimento e per adempiere a prescrizioni previste dalla legge, nonché per finalità di verifica autocertificazioni, pubblicazione in albo pretorio o amministrazione trasparente e per archiviazione e conservazione entro i tempi previsti dalla legge.

I trattamenti sopra descritti sono leciti ai sensi dell'Art. 6 comma 1 lett. C ed E del GDPR.

Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Silea ed il relativo trattamento avverrà da parte dei soggetti autorizzati. Responsabile interno del trattamento dei suoi dati è il Responsabile dell'Area cui è assegnato il relativo procedimento.

Gli interessati possono esercitare in ogni momento i diritti previsti dal Regolamento UE 679/16.

I dati di contatto del Responsabile della Protezione dei dati (DPO) nonché il modello completo di informativa sono pubblicati nella sezione privacy di Amministrazione trasparente del sito web del Comune di Silea.

Firma del Responsabile della Protezione dei dati o
del Delegato al trattamento

Li _____

Firma del richiedente per presa visione

ESEMPIO DI 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 auto iniettabile: 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