

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. 168 del 22/02/2022)

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 (protocollo@comune.silea.tv.it)

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

genitore o esercente 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, primaria, di

Cendon, Lanzago, Silea, S. Elena per l'anno scolastico _____/_____

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

lunedì, martedì, mercoledì, giovedì, venerdì

Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico:

merenda mattino pranzo merenda pomeriggio

CHIEDE

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 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);

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

Desideriamo informarla che il D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dati personali" prev. a 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 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 comunali incaricati del trattamento, dal personale della ditta gestore del servizio di ristorazione presso le scuole, 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. 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.

Firma dei genitori o affidatari che esercitano la potestà genitoriale.

1) _____

2) _____

Data _____

**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