

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 Scuola del Comune di Silea.

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, 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

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);

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

In base al regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR) “ogni persona ha diritto alla protezione dei dati di carattere personale che la riguardano”.

I trattamenti di dati personali sono improntati ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza dell’interessato e i suoi diritti.

Il Titolare del trattamento è il Comune di Silea presso il quale è stata presentata la pratica, Via Don Minzoni 12, tel. 0422/365723, servizipersona@comune.silea.tv.it.

Il responsabile della Protezione dei dati/ Data Protection Officer ha sede presso avv. Vicenzotto Paolo. La casella mail, a cui potrà rivolgersi per le questioni relative ai trattamenti di dati che La riguardano è: servizipersona@comune.silea.tv.it.

I dati saranno trattati:

- per lo svolgimento dell’istruttoria relativa alla domanda di dieta speciale e la base giuridica del trattamento (ai sensi degli articoli 6 e/o 9 del Regolamento 2016/679/UE) è la deliberazione di Giunta Regionale n. 1189 del 01/08/17; in particolare per: 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;
- da persone autorizzate;
- non saranno comunicati ad altri soggetti né diffusi al di fuori del Comune di Silea, della ditta concessionaria del servizio di ristorazione scolastica, dell’Istituto Comprensivo di Silea, e del SIAN della ASL competente per territorio.

I dati raccolti potranno essere trattati inoltre a fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici.

Il trattamento effettuato su tali dati sensibili sarà compreso nei limiti indicati dal Garante per finalità di carattere istituzionale.

I dati non saranno oggetto di diffusione.

Ai sensi dell’articolo 5 par. 1, lett. e del Regolamento 2016/679/UE, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. Le competono i diritti previsti del Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere l’accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica, l’integrazione o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento.

Ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell’articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede in Piazza di Monte Citorio n.121, 00186 – ROMA, ovvero ad altra autorità europea di controllo competente.

Il conferimento dei dati è necessario per il corretto svolgimento dell’istruttoria.

L’interessato ha l’obbligo di fornire i dati personali; il mancato conferimento non consentirà l’erogazione della dieta speciale.

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

Lì _____

Firma del richiedente per presa visione

19/10/18

**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