

MODULO A

MODULO DI RICHIESTA di dieta speciale per motivi sanitari per il 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 esercitante 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

Colazione	Merenda di metà mattino	Pranzo	Merenda di metà pomeriggio	Cena
-----------	-------------------------	--------	----------------------------	------

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:
 - 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 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" 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 o dieta di transizione, adattamento della tabella dietetica del centro cottura, interventi di sorveglianza nutrizionale da parte del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione 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\la 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 dei genitori o affidatari che esercitano la potestà genitoriale.

1) _____

2) _____

Istruzioni 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.

MODULO B

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
 INTOLLERANZA ALIMENTARE

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

 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