

MODULO DI RICHIESTA di DIETA SPECIALE per motivi sanitari

Servizio di ristorazione scolastica

Istruzioni per la riconsegna del modulo

La richiesta, con allegato il certificato del medico curante ed elenco degli alimenti da escludere dalla dieta, deve essere recapitata all'ufficio competente del Comune di appartenenza della scuola.

Il sottoscritto _____ -genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ via _____ n _____

Recapito telefonico _____

Che frequenta la classe _____ sez _____ della scuola _____

Per l'anno scolastico _____

Il bambino è presente in mensa nei seguenti giorni

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

Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico

Merenda di metà mattino	pranzo	Merenda di metà pomeriggio
-------------------------	--------	----------------------------

CHIEDE

La somministrazione al proprio figlio/a 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 dei 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 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 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.

Firma dei genitori o affidatari che esercitano la potestà genitoriale.

Data _____ Da consegnare al genitore da parte dell'amministrazione comunale

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

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 il _____ presenta

ALLERGIA ALIMENTARE

Possibilità di reazioni gravi fino allo **shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina autoiniezzabile**

SI * NO

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche:

esami in vivo (ss:Prick test, Prick by prick)

esami in vitro (es: IgE specifiche, RAST, ISAC)

Biopsia intestinale

Breath test

test di provocazione orale

INTOLLERANZE ALIMENTARI

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

-
- Sarà necessaria attestazione medica della posologia e modalità di somministrazione

Durata della dieta speciale

Intero ciclo scolastico

Intero anno scolastico

N_____mesi

Timbro e firma del Medico curante