

X DOTTORÈ

ALLEGATO 2a - CERTIFICATO PER DIETA PERSONALIZZATA

Fare ~~certificare~~ CERTIFICAZIONE da allegare alla richiesta di dieta speciale per motivi sanitari per il servizio di refezione scolastica

Si richiede dieta personalizzata per il bambino/a .....  
nato/a..... il ...../...../..... residente in .....  
Via.....

DIAGNOSI

CRITERI DIAGNOSTICI (vedi nota 1) .....

DIETA RICHIESTA (vedi nota 2) .....

Per il periodo: (barrare la casella corrispondente)

dal	/	/	al	/	/
anno scolastico					
Tempo indeterminato					

Pediatra di Famiglia o Medico di Medicina Generale

Data .....

(Timbro e Firma)

RV= rischio vita

NO RV = non rischio vita

NOTE

- In caso di allergie e/o intolleranze alimentari: specificare il test eseguito ( Test cutanei - Dosaggio Ig sieriche Totali e specifiche ecc. ) (ESAMI DA ALLEGARE)
- In caso di alterazioni metaboliche o altre patologie diverse da quelle di cui alla nota 1): allegare indicazioni dietetiche personalizzate

Pediatra di Famiglia o Medico di Medicina Generale

Data .....

(Timbro e Firma)

**ALLEGATO 2b - RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA**

MODULO DI RICHIESTA di dieta speciale per motivi sanitari per il servizio di refezione scolastica.

(da consegnare, da parte del genitore, al titolare del servizio mensa: 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 è presente in mensa nei seguenti giorni :

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

**CHIEDE**

la somministrazione alla proprio/a 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 altre condizioni patologiche  
a tal fine si allega:  
• certificazione del medico curante con diagnosi ed indicazioni dietetiche specifiche

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

Gentile Signore/a,  
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/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 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 del genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale \_\_\_\_\_

**Istruzioni per la riconsegna del modulo**

La richiesta, con allegato il certificato del medico curante, deve essere recapitata all'ufficio competente del Comune di appartenenza della scuola pubblica o all'amministrazione scolastica se si tratta di scuola privata.