

MODULO DI RICHIESTA DIETA SPECIALE PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA

AI COMUNE di QUINTO DI TREVISO - UFFICIO SCUOLA
(a mano, o fax al n. 0422472381 o per mail anagrafe@comune.quintoditreviso.tv.it)

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

residente in _____ via/piazza _____ n. _____

genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a

_____ nato/a _____ il _____

tel. abitazione n° _____ tel. cellulare n° _____

indirizzo email _____

che frequenta la classe _____ sez. _____ della scuola primaria **MARCONI** di **QUINTO DI TREVISO** per **l'anno scolastico 2018-19**,

CHIEDE

la somministrazione al/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 (come da allegato A);
- Dieta speciale per Celiachia**
a tal fine si allega certificazione del medico curante con diagnosi (come da allegato A);
- Dieta speciale per altre condizioni permanenti**
a tal fine si allega certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere (come da allegato A);
- Dieta speciale per scelte etico/religiose**
a tal fine si allega autocertificazione dei genitori con elenco degli alimenti da escludere (come da allegato B);

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.

ALLEGATO A

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

Data _____

Si certifica che il bambino/a _____ M F

Nato/a il _____ che frequenta la classe ____ sez. _____

della scuola _____

per l'anno scolastico _____/_____

Presenta:

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO

(specificare _____)

ALLERGIA ALIMENTARE

(specificare _____)

INTOLLERANZA ALIMENTARE

(specificare _____)

Si richiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:**

Il bambino è presente in mensa nei seguenti giorni

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

Timbro e firma del Medico Curante

MODULO PER L'AUTOCERTIFICAZIONE DIETA ETICO-RELIGIOSA

Data _____

Il/ la Sottoscritto/a _____

Genitore del/della bambino/a _____ M F

Nato/a il _____ che frequenta la classe ____ sez. _____

della scuola _____

per l'anno scolastico _____/_____

AUTOCERTIFICA

che nel rispetto del proprio credo religioso, il/la proprio/a figlio/a non può assumere i seguenti alimenti:

- carne di maiale e derivati
- carne e derivati
- latte e derivati
- uova
- pesce
- altri alimenti

Note*: _____

Il bambino è presente in mensa nei seguenti giorni

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

Firma del Genitore

.....