

**6.2.1 MODULO A: Fac simile di 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)**

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.

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 tel. abitazione n° ..... tel. Ufficio/cellulare  
 n° ..... che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della  
 scuola \_\_\_\_\_ per l'a.s. \_\_\_\_/\_\_\_\_

Il bambino/a è presente in mensa nei seguenti giorni

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

Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico

colazione	merenda mattino	pranzo	merenda	cena
-----------	-----------------	--------	---------	------

**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 dall'alimentazione.

Dieta speciale per celiachia e a tal fine si allega certificazione del medico curante con diagnosi.

Dieta speciale per altre condizioni permanenti e 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" prev. a 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 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 o la scuola privata.

Firma dei genitori o affidatari che esercitano la potestà genitoriale.

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

## 6.2.2 MODULO B: ESEMPIO DI CERTIFICATO CON LE INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA

Istruzioni per la riconsegna del modulo

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 autoiniezione  
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