RICHIESTA DIETE SPECIALI

ISTRUZIONI PER LA RISTITUZIONE DEL MODULO

La richiesta con allegato il certificato del medico curante ed elenco alimenti da escludere dalla dieta, deve essere recapitata alla segreteria della scuola.

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\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 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" preve 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_____

Associazione Scuola Materna
SAN DOMENICO SAVIO
Magrè - Schio (VI)

Via Cristoforo, 47
36015 Schio (VI)
0445 523264

P.I. 02894340245
C.F. 83002050249

scuola.sansavio@gmail.com
@domenicosaviomagre
scuolainfanziamagre.it

L'ufficio competente del Comune di _____

L'amministrazione scolastica della scuola_____

in _____ via/piazza _____ n.____

tel. n°..... fax

n°.....

invia la seguente documentazione. Anno scolastico _____/_____:

- numero.....richieste di dieta speciale per celiachia
- numero.....richieste di dieta speciale per allergia all'uovo e derivati
- numero.....richieste di dieta speciale per allergia al latte e derivati
- numero.....richieste di dieta speciale per allergia ai legumi
- numero.....richieste di dieta speciale per allergia alla frutta secca/a guscio
- numero.....richieste di dieta speciale per allergia al pesce e prodotti a base di pesce
- numero.....richieste di dieta speciale per intolleranza al lattosio
- numero.....richieste di dieta speciale per altre intolleranze....
- specificare.....
- numero.....richieste di dieta speciale per favismo
- numero.....richieste di dieta speciale per diabete
- numero.....richieste di dieta speciale per allergia al grano
- numero.....richieste di dieta speciale per allergia alla soia
- numero.....richieste di dieta speciale per altre condizioni permanenti..

specificare.....

- numero .....richieste di diete per motivi religiosi
- numero .....richieste di diete per motivi etici (vegano/vegetariano. ecc...)

DATA:_____FIRMA_____

Riferimenti per eventuali comunicazioni:

Cognome e Nome _____

Ufficio/settore/ Scuola_____

Indirizzo_____

Tel. _____

FAX_____

e-mail_____

Da consegnarsi entro il mese di maggio di ogni anno scolastico.

Associazione Scuola Materna
SAN DOMENICO SAVIO
Magrè - Schio (VI)

Via Cristoforo, 47
36015 Schio (VI)
0445 523264

P.I. 02894340245
C.F. 83002050249

scuola.sansavio@gmail.com
@domenicosaviomagre
scuolainfanziamagre.it