

# SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA A.S. 2016/2017

## RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE

Il/La sottoscritto/a ..... in qualità di genitore dell'alunno  
..... nato a .....

Il ..... residente in .....

Via ..... Tel. ....

frequentante per l'anno scolastico 2016/2017 la classe ..... della Scuola  
..... (indicare se dell'Infanzia/Primaria/Secondaria)

di GIBA, con il presente modulo

### CHIEDE

▪ **la somministrazione di dieta speciale al proprio figlio presente a mensa nei giorni (barrare):**

L    M    M    G    V

**DIETA SPECIALE PER ALLERGIA o INTOLLERANZA ALIMENTARE**

a tal fine allega Certificato del Medico curante con diagnosi e prescrizione dettagliata degli alimenti /ingredienti da escludere dall'alimentazione.

**DIETA SPECIALE PER CELIACHIA**

a tal fine allega certificato del medico curante con diagnosi.

**DIETA SPECIALE PER ALTRE CONDIZIONI PATOLOGICHE PERMANENTI**

a tal fine allega certificato del medico curante con diagnosi e prescrizione dettagliata degli alimenti da escludere.

▪ **la sospensione della dieta speciale ed il ripristino dell'assunzione degli alimenti previsto nel menù scolastico a partire da \_\_\_\_\_**

A tal fine allega certificato del medico curante attestante la sospensione della dieta

Si allega Fotocopia di Documento d' Identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### 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 e validare 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 favore di suo figlio/a la dieta speciale;
- 5) i dati saranno utilizzati dai dipendenti comunali incaricati del trattamento e 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 Giba.

data \_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore/affidatario che esercita la responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_