

MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE
(per il servizio di refezione scolastica)

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

genitore o esercente potestà genitoriale del/la bambino/a

nato/a _____

il _____

residente il _____

Via/piazza _____

n° _____

tel. Abitazione n° _____

tel. Ufficio/cellulare n° _____

che frequenta la classe _____

Sez. _____

della scuola _____

Per l'anno scolastico _____ / _____

Il bambino è presenta in mensa nei seguenti giorni:

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

CHIEDE

La somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di (barrare la casella interessata)

<input type="checkbox"/>	<u>Dieta personalizzata per allergia o intolleranza alimentare</u>
<input type="checkbox"/>	<u>Dieta speciale per celiachia</u>
<input type="checkbox"/>	<u>Dieta speciale per altre motivazioni</u>

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

Gentile Signore/a

Desideriamo informarla che il D.Lgs. 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 di D.Lgs.196/2003, le forniamo le seguenti informazioni:

- 1) i dati da lei forniti verranno trattati per la somministrazione di dieta speciale o di dieta di transizione ed inviati al Responsabile della ristorazione il Sig. Isoli Sebastiano;
- 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 trattamento effettuato su tali dati sensibili sarà compreso nei limiti indicati dal Garante per finalità di carattere istituzionale;
- 5) I dati non saranno oggetto di diffusione;
- 6) Il titolare del trattamento è il Presidente Protempore.

Data: _____

Firma del genitore o
affidatario che esercita potestà genitoriale _____

CERTIFICATO CON LE MINIME INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI
(ai fini della ristorazione scolastica)

Data, _____

Si certifica che il bambino _____

Nato/a a il _____

Presenta:

- ALLERGIA ALIMENTARE** (specificare) _____
- INTOLLERANZA ALIMENTARE** (specificare) _____
- CELIACHIA**
- MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**
(specificare) _____

Si richiede pertanto una dieta priva dei seguenti alimenti:

Timbro e firma del medico curante