



Città di Spinea

ALLA DITTA VIVENDA

OGGETTO: RICHIESTA DIETA SPECIALE SANITARIA

Anno scolastico _____

Il/la sottoscritto/a _____

residente in via _____ n _____

Comune di _____ Prov. di _____

Recapito telefonico: casa _____ cellulare _____

e-mail _____

genitore (barrare se è l'ipotesi che ricorre)

tutore (barrare se è l'ipotesi che ricorre)

di (indicare il nome dell'alunno) _____

Frequentante la scuola _____ classe _____ Sezione _____

RICHIEDE

dieta speciale sanitaria (barrare se è l'ipotesi che ricorre)

annullamento dieta speciale sanitaria (barrare se è l'ipotesi che ricorre)

E' necessario allegare copia del **CERTIFICATO MEDICO con timbro e firma del medico curante** che riporti **diagnosi, elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione e periodo di validità della richiesta** (preferibilmente compilato nell'apposito **modello A**) - vedi sotto.

- NON verranno accettate altre tipologie di dichiarazione.
- La documentazione fornita potrebbe essere soggetta a valutazione del Servizio Sanitario Locale.
- In assenza di precisa indicazione medica la dieta speciale richiesta avrà validità di un anno scolastico.

Informativa breve

Si informa che, ai sensi del Regolamento Europeo GDPR 2016/679, i dati personali forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità di cui al presente Regolamento e relativamente agli adempimenti di legge.

La dieta speciale sarà ricevuta dal personale della ditta VIVENDA incaricata dal Comune di Spinea per la successivamente applicazione.

La dieta potrà essere oggetto di valutazione da parte del Servizio igiene e alimenti e nutrizione dell'ULSS 3 prima di essere applicata.

Informativa completa: All. D del Regolamento Servizio refezione scolastica.

Base giuridica e consenso

Considerata la natura del servizio richiesto, la base giuridica del trattamento è identificata nel consenso del richiedente, in assenza del quale il trattamento, e dunque la gestione delle procedure di cui al presente Regolamento diviene impossibile.

La sottoscrizione della presente, oltre che per presa visione dell'informativa, costituisce espressione di libero, informato ed inequivocabile consenso al trattamento dei dati per le finalità descritte, ai sensi di quanto previsto dall'art. 7 GDPR 2016/679.

Data, _____

Firma _____

ATTENZIONE: una volta stampato, compilato in tutte le loro parti e firmato va caricato in formato PDF o JPEG (max 3 bM), all'interno dell'anagrafica del figlio iscritto.

RICHIESTA DIETA SPECIALE SANITARIA A.S. _____

CERTIFICAZIONE MEDICA PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA

**DA PRESENTARE UNITAMENTE ALLA RICHIESTA DI DIETA SPECIALE
SANITARIA**

Si certifica che il/la bambino/a _____ M F

nato/a a _____ il _____

presenta (*barrare l'ipotesi che ricorre*):

ALLERGIA ALIMENTARE

possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta
disponibilità di adrenalina auto iniettabile o altri farmaci salvavita

SI

NO

INTOLLERANZA ALIMENTARE

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO _____

ALTRA PATOLOGIA _____

Si richiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALLERGENI/ALIMENTI O CON I
SEGUENTI VINCOLI DIETETICI:

Data, _____

Timbro e firma del Medico curante

Istruzioni per la compilazione

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE (preferibilmente PEDIATRA DI
LIBERA SCELTA/MEDICO DI MEDICINA GENERALE) in tutte le sue parti: