

Al Responsabile del Servizio di ristorazione scolastica del
 Comune di Grotammare
 Scuola privata _____
 Asilo nido _____

RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI - Anno scolastico 20__/20__

Il sottoscritto *Cognome* _____ *Nome* _____

Data di nascita _____ Comune di nascita: _____ Sesso: M F

Comune residenza: _____ Provincia _____ C.A.P. _____

in via/p.zza _____ n. _____ Email _____

Telefono _____ Cellulare _____

in qualità di:

diretto interessato (*per personale scolastico*) genitore tutore

dell'alunno/a *Cognome* _____ *Nome* _____

Data di nascita _____ Comune di nascita: _____ Sesso: M F

Comune residenza: _____ Provincia _____ C.A.P. _____

in via/p.zza _____ n. _____ Telefono _____

frequentante la Scuola: NIDO INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA I GRADO

denominata: _____, classe _____ sez. _____

indirizzo scuola: via/p.zza _____ n. _____,

giorni di frequenza in mensa: lunedì martedì mercoledì giovedì venerdì

CHIEDE

che vengano apportate modifiche alla tabella dietetica in vigore nella scuola sopra citata per i seguenti motivi, attestati da CERTIFICATO MEDICO del Medico curante/PLS/MMG, che specifica la durata della dieta sostitutiva, ed è allegato alla presente richiesta (v. esempio di certificato, Modello B):

PATOLOGIE CRONICHE O RARE:

celiachia favismo fenilchetonuria diabete mellito altro _____

ALLERGIE ALIMENTARI:

allergia al nichel allergia alle uova allergia al latte e derivati allergia al pomodoro

allergia al pesce (*specificare*) _____

allergia ai legumi (*specificare*) _____

allergia alla frutta a guscio (*specificare*) _____

altra allergia (*specificare*) _____

INTOLLERANZE ALIMENTARI (*specificare*): _____

Sospetta intolleranza/allergia (*in questo caso il certificato medico è da trasmettere entro 15 giorni*):

Eliminare il seguente/i alimento/i: _____

dal ____/____/____ al ____/____/____

Accertamento diagnostico:

Eliminare il seguente/i alimento/i: _____
dal ____/____/____ al ____/____/____

Disabilità, autismo, problemi ortodontici, difficoltà di deglutizione/masticazione: _____

SOSPENSIONE DIETA SPECIALE SANITARIA (*allegare certificato medico*).

Luogo: _____, data: _____

(firma leggibile del richiedente)

Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

1. Finalità del trattamento. I dati personali saranno utilizzati dagli uffici nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

2. Modalità del trattamento. I dati saranno trattati dagli incaricati sia con strumenti cartacei sia con strumenti informatici a disposizione degli uffici.

3. Conferimento dei dati. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria; in caso di rifiuto non sarà possibile procedere all'accettazione e alla successiva trattazione della pratica.

4. Ambito di comunicazione. I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti della Legge 7 agosto 1990, n. 241 ("Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi") ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 ("Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa").

5. Titolare del Trattamento. Il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Grottammare.

6. Responsabile del Trattamento Il Responsabile della Protezione dei Dati è la E-LINKING ONLINE SYSTEMS s.r.l. Via A. D'Accorso, 29 - Camerino (MC) (E-mail: info@e-lios.eu - Pec: e-lios@pec.it).

7. Diritti dell'interessato. L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, di rettifica, di aggiornamento e di integrazione dei dati come previsto dagli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679. Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte ai Servizi scolastici, politiche per la casa, immigrazione del Comune di Grottammare.

Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria; in caso di rifiuto non sarà possibile procedere all'accettazione e alla successiva trattazione della pratica.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma _____

È INDISPENSABILE ALLEGARE CERTIFICATO MEDICO e compilare il modulo in tutte le sue parti e in modo LEGGIBILE.

Si ricorda che per poter procedere alla predisposizione di una dieta personalizzata, è necessario acquisire anche gli esiti degli accertamenti che devono essere allegati che hanno condotto alla diagnosi di allergia e/o altra patologia che necessita di dietoterapia.

CONSULENZA DIETETICO NUTRIZIONALE PER MOTIVI DI SALUTE

Per eventuale consulenza Il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) dell'ASUR Area Vasta 5 è disponibile ad offrire un servizio di consulenza nutrizionale per i soggetti che necessitano di una dieta speciale per motivi di salute/rischio sanitario con certificato medico.

E' possibile prendere contatto con il SIAN AV5 inviando una mail a: benedetta.rosetti@sanita.marche.it, descrivendo sommariamente il problema ed indicando un recapito telefonico per poter essere ricontattati.

Oppure, rivolgersi ai numeri telefonici: 0736358060 segreteria dal lunedì al venerdì (9,00-11,00) o chiamare il numero 0736358930.