

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

.....

RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI - anno scolastico 20...../.....

Il/la sottoscritto/a

in qualità di: diretto interessato (per personale scolastico)

genitore tutore dell'alunno/a

nata/o a il

residente nel Comune di

via/piazza n° tel.

Scuola: NIDO INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA I GRADO classe sez.

Nome scuola indirizzo

Giorni di frequenza in mensa: Tutti oppure, specificare i giorni di frequenza:

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 altra

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*)

....., li

Firma

Consapevole che la richiesta è subordinata al trattamento dei dati personali e sensibili, si dichiara di aver preso visione dell'informativa, predisposta dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, allegata alla presente, ed in qualità di interessato (art. 23 del citato D.Lgs. 196/2003) di prestare il consenso ed autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati nella suddetta informativa.

....., li

Firma

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

Gentile Signore/a,

la informiamo che il D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei 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, adattamento della tabella dietetica della mensa scolastica, interventi di sorveglianza nutrizionale da parte di operatori del Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione dell'ASUR AV5;

2. il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale e informatizzato;

3. il conferimento dei dati è obbligatorio al fine di predisporre la dieta speciale o gli adattamenti della tabella dietetica;

4. il diniego a fornire i dati personali e a sottoscrivere il consenso non consentirà di predisporre a suo figlio/a la dieta specifica;

5. i dati saranno utilizzati dai dipendenti degli uffici comunali preposti ai servizi scolastici incaricati del trattamento, dal personale direttamente addetto all'attività di ristorazione (dipendente comunale e/o di Ditte che hanno la gestione del servizio di ristorazione presso le scuole), dal personale sanitario del Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione dell'ASUR AV5;

6. il trattamento effettuato su tali dati sensibili sarà ricompreso 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 D.Lgs. 196/2003;

9. il titolare del trattamento è l'Amministrazione Comune/Scuola privata/Asilo nido

..... con sede in via/piazza

..... n. nella persona del Sindaco pro-tempore/Legale rappresentante.

Responsabile del trattamento dei dati è

**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 opportuno acquisire anche gli esiti (che possibilmente devono essere allegati) degli accertamenti che hanno condotto alla diagnosi di allergia e/o altra patologia che necessita di dietoterapia.

CONSULENZA DIETETICO NUTRIZIONALE PER MOTIVI DI SALUTE

Il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) dell'ASUR Area Vasta 5 ha predisposto un servizio di consulenza nutrizionale ai soggetti che necessitano di una dieta speciale per motivi di salute/rischio sanitario con certificato medico, soprattutto se complicati da patologia multiple e/o disabilità complesse e/o intercorrenti motivazioni etico-culturali-religiose.

In ogni caso, è possibile prendere contatto con il SIAN AV5 inviando una mail a: nutrisian.av5@sanita.marche.it, descrivendo sommariamente il problema ed indicando un recapito telefonico per poter essere ricontattati.

Oppure, rivolgersi ai numeri telefonici: 0736 358018-930-931 - 0735 793662.

**ESEMPIO DI CERTIFICATO DEL PEDIATRA LIBERA SCELTA/MEDICO DI MEDICINA GENERALE
CON LE MINIME INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SANITARIE NELLA RISTORAZIONE
SCOLASTICA PUBBLICA/PRIVATA E DEGLI ASILI NIDO**

Si certifica che (cognome e nome) M F

Nato/a a il

presenta:

- CELIACHIA
- MALATTIA METABOLICA (SPECIFICARE))
- DEFICIT ENZIMATICO (SPECIFICARE))
- ALTRA PATOLOGIA CRONICA (specificare):
- ALLERGIA ALIMENTARE (SPECIFICARE))
- INTOLLERANZA ALIMENTARE (SPECIFICARE))
- ALTRO (specificare):

La patologia è da considerare **a rischio vita** (es. rischio shock anafilattico) **non a rischio vita**

Si richiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI (*riportare in modo leggibile*):

.....

.....

.....

.....

N.B.: fatto salvo i casi di patologie rare/croniche di cui Allegati 7 e 8 al DPCM 12-01-2017 (LEA), il presente certificato ha validità (barrare il caso che ricorre):

- per l'intero anno scolastico per l'intero percorso scolastico fino al

→ (*se ricorre*) Nel caso di **patologia in accertamento**, per la quale non è terminato il percorso diagnostico, **la validità non potrà superare i 4 mesi**,

pertanto, la dieta deve essere erogata dal/...../..... al/...../.....

- Sospetta intolleranza/allergia: eliminare il seguente/i alimento/i:

dal/...../..... al/...../.....

- Accertamento diagnostico: eliminare il seguente/i alimento/i:

dal/...../..... al/...../.....

Data

Timbro e firma del Medico/PLS/MMG

.....