

Il sottoscritto/a _____
 residente in via _____
 Città _____ telefono/cellulare _____ Genitore
 di _____

PRIMARIA SECONDARIA I GRADO SECONDARIA II GRADO

Nome scuola _____ Classe _____ Sezione _____

1. richiede per il proprio figlio, nell’A.S. 2017/2018, la **produzione di DIETA SPECIALE** per:

intolleranza alimentare (precisare alimento/i che generano intolleranza)

allergia alimentare (precisare alimento/i che generano allergia)

malattia metabolica (specificare la malattia; es. diabete, ecc...)

altra patologia (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi comportamento alimentare, ecc...;
 definire la tipologia di dieta richiesta)

motivazione etico-religiosa (specificare il tipo/ di carne da non somministrare es. maiale, bovino, tutti i tipi
 di carne...)

2. Nell’ambito della corretta gestione di tutte le diete speciali, per garantire un presidio ulteriore nelle
 situazioni più gravi, **dichiara**, allo stato delle proprie conoscenze, che la dieta richiesta

è da considerarsi **“a rischio vita”**, cioè il cui non rispetto è a rischio vita o è causa di gravi effetti per la
 salute, ad esempio shock anafilattico ecc..., per la quale si prevede la fornitura giornaliera di tutti gli alimenti
 in monoporzione

è da considerarsi **“NON a rischio vita”**, cioè il cui non rispetto NON è a rischio vita, per la quale si prevede
 la fornitura del solo alimento sostitutivo in monoporzione

3. **Allega certificato medico in originale o in copia.**

**N.B. Si accettano solo certificati di SPECIALISTI, quali pediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie
 metaboliche; certificati rilasciati da specialisti diversi da quelli indicati non saranno accettati.** Le forme
 permanenti di diete speciali (es. celiachia, favismo, diabete, ecc...) non necessitano di reinvio del certificato
 per tutto il periodo di permanenza nello stesso grado scolastico o nello stesso Istituto Scolastico.

Al fine di tutelare al massimo gli utenti con dieta speciale, non vengono accettate modifiche della dieta
 (integrazioni e/o restrizioni) comunicate verbalmente o sottoscritte in forma di autodichiarazione, né da parte
 degli insegnanti, né da parte dei genitori, ma solo a seguito di autodichiarazione scritta del genitore in attesa
 del certificato medico. Per le sospensioni della dieta è necessario il certificato medico o in mancanza una
 autodichiarazione scritta del genitore. La richiesta di produzione della dieta ha valore per l’A.S. 2017/2018,
 da settembre a giugno.

4. Il sottoscritto è consapevole che la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione ASL.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI, ANCHE SENSIBILI, AI SENSI DELL’ART. 13 D.LGS.30.06.03 N. 196 D.LGS.30.06.03 N. 196

Il sottoscritto _____ in qualità di genitore
 di _____ informato, ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs.30.06.03 n.196
 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, sulle finalità e modalità del trattamento, e rilevato che le
 stesse sono rispettose del codice della privacy e delle finalità del servizio svolto da CIR S.c., esprime il proprio
 consenso al trattamento e comunicazione dei dati anche sensibili del suddetto interessato nei limiti e per le
 finalità _____ precisati _____ nell’informativa.

Data _____ Firma _____

Allega copia documento Carta di Identità