



COOPERATIVA ITALIANA DI RISTORAZIONE



Comune di Caldogno

MODULO RICHIESTA DIETE SPECIALI A.S. 2017-2018

Il/la sottoscritto/a _____

Residente in via _____ nr. _____

Città _____ telefono/ cellulare _____

Genitore di _____

Scuola di riferimento: INFANZIA PRIMARIA

Nome scuola: _____ classe _____ Sez: _____

1. Richiede per il proprio figlio /per se stesso, nell'A.S. _____ 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...):

Motivazione religiosa (specificare il tipo di carne da non somministrare es. maiale, bovino, tutti i tipi di carne ...)

2. Nell'ambito della 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...

è da considerarsi **"NON a rischio vita"**, cioè il cui non rispetto NON è a rischio vita.

2. Allega **certificato medico** 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.

Al fine di tutelare al massimo gli utenti con dieta speciale, non vengono accettate modifiche alla dieta (integrazioni e/o restrizioni) comunicate verbalmente o sottoscritte in forma di autodichiarazione, nè da parte degli insegnanti, nè 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, di un autodichiarazione 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

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, 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 _____