

Oggetto: **Richiesta predisposizione Dieta Speciale**

– Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ residente a _____

CAP _____ Via _____

recapito telefonico _____ cellulare _____

– La sottoscritta _____ nata a _____

Il _____ residente a _____

CAP _____ Via _____

recapito telefonico _____ cellulare _____

in qualità di genitori / esercenti la responsabilità genitoriale di _____,
avvalendosi delle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevoli delle pene stabilite per false attestazioni
e mendaci dichiarazioni, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000

Fanno presente che il proprio figlio è affetto da (*):

- Intolleranza alimentare
- Allergia alimentare
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)
- Obesità - sovrappeso
- Gastrite, gastroduodenite persistente
- Chetosi transitoria
- Altro

Fanno presente che il proprio figlio come conseguenza di altre patologie (da specificare) non può assumere i seguenti alimenti (*):

- alimento escluso _____ sostituito preferibilmente con _____
- alimento escluso _____ sostituito preferibilmente con _____
- alimento escluso _____ sostituito preferibilmente con _____
- alimento escluso _____ sostituito preferibilmente con _____

Fanno presente che il proprio figlio ha necessità di essere sottoposto a dieta sanitaria leggera (*):

- Temporanea fino a tre giorni
- Durata di oltre tre giorni

(*) Allo scopo allegano certificato medico recente in busta chiusa

Fanno presente che il proprio figlio per motivi etici o religiosi non può assumere:

- alimento escluso _____ sostituito preferibilmente con _____
- alimento escluso _____ sostituito preferibilmente con _____
- alimento escluso _____ sostituito preferibilmente con _____
- alimento escluso _____ sostituito preferibilmente con _____
- altra documentazione eventualmente allegata:

- ❖ **Nel caso di DIETE SPECIALI PER MOTIVI SANITARI** - **CERTIFICATO MEDICO** rilasciato dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN **attestante l'allergia/intolleranza** (precisando se da considerare a rischio vita o non a rischio vita), la **tipologia di dieta richiesta e gli alimenti ammessi o da escludere e la durata del certificato**. **Certificati rilasciati da specialisti diversi da quelli indicati non saranno accettati.**
- ❖ **Nel caso di DIETE SPECIALI PER MOTIVI ETICO-CULTURALI-RELIGIOSI** - **AUTOCERTIFICAZIONE** redatta dal genitore o tutore del minore con indicata la **durata** della stessa.
- ❖ **DIETE SPECIALI ELABORATE DA PROFESSIONISTA ABILITATO** (medico, dietista, biologo nutrizionista,) del Concessionario del Servizio di Ristorazione o del Comune. **La dieta speciale dovrà riportare timbro, firma e numero dell'ordine/albo del professionista incaricato.**

N.B. La richiesta per le dieta speciale va rinnovata annualmente.

Data _____

Firma dei genitori

I sottoscritti prendono atto che i dati personali e/o sensibili forniti nel presente modulo e/o i documenti allegati saranno raccolti e trattati nel rispetto delle norme di legge ai soli fini della elaborazione della dieta speciale e dell'adattamento della tabella dietetica del centro cottura.

La dieta speciale sarà spedita al centro cottura ed avrà validità corrispondente a quella del menù.

Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini di predisporre la dieta speciale o la dieta blanda. Il diniego a fornire i dati personali e a sottoscrivere il consenso non consentirà di predisporre la dieta. I dati saranno utilizzati per finalità di carattere istituzionale e non saranno oggetto di diffusione.

Il titolare del trattamento è la ditta incaricata della refezione scolastica individuata dal Comune di Gallipoli. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi del GDPR 679/2016.

I sottoscritti acconsentono che i docenti di classe/ il personale scolastico siano informati della dieta speciale riguardante il/la proprio/a figlio/a.

Data _____

Firma dei genitori

