

# MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE- UTENZA SCOLASTICA



Il/la sottoscritto/a .....

Genitore/tutore di ..... (in seguito "utente")

Telefono/Cellulare ..... Email .....

Frequentante la scuola  NIDO  INFANZIA  PRIMARIA  SECONDARIA I GRADO

Nome o via della scuola ..... Classe ..... Sezione .....

FA PRESENTE CHE L'UTENTE NECESSITA DI DIETA SPECIALE  PER L'INTERO A.S. \_\_\_\_-\_\_\_\_  
 TEMPORANEA FINO AL ...../...../.....

## ➤ PER MOTIVAZIONE ETICA E/O RELIGIOSA

- NO carne suina (maiale)  NO carne bovina (manzo, mucca)  NO carne avicola (pollo, tacchino)  
 NO tutti i tipi di carne, Sì pesce  
 Scelta vegetariana (NO tutti i tipi di carne, NO pesce)  
 Scelta vegana (NO tutti i tipi di carne, NO pesce, NO uova, NO latte e tutti i derivati) Si richiede certificato medico

## ➤ PER MOTIVAZIONE SANITARIA. Si allega copia del CERTIFICATO MEDICO\*

- Intolleranza/allergia alimentare a (specificare alimento/i): .....  
.....  
 Malattia metabolica (specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc...): .....  
 Altro (specificare): .....

\* Si accolgono solo certificati con timbro e firma del medico.

In qualità di genitore/tutore dell'utente e allo stato delle mie conoscenze attuali DICHIARO che la dieta sanitaria richiesta:

- è da considerare "A RISCHIO VITA" (rischio di shock anafilattico, ricovero ospedaliero, gravi reazioni allergiche...)  
 non è da considerare a rischio vita

Il sottoscritto dichiara di sapere che, PER SOSPENDERE O VARIARE LA DIETA SPECIALE DURANTE L'ANNO SCOLASTICO, dovrà far pervenire nuova documentazione (rinvio del presente modulo e nuovo certificato medico in caso di dieta sanitaria).

La richiesta ha valore per l'A.S. \_\_\_\_-\_\_\_\_. Le forme permanenti di diete speciali (es. celiachia, favismo, diabete ecc...) non necessitano del rinvio del certificato per tutto il periodo di permanenza nello stesso ciclo scolastico (es. dalla 1<sup>a</sup> alla 5<sup>a</sup> classe della scuola primaria), ma necessitano solo della compilazione del modulo richiesta diete per ogni anno di frequenza.

**LA PRODUZIONE DELLA DIETA SARA' GARANTITA AL MASSIMO ENTRO 5 GIORNI LAVORATIVI DALLA RICEZIONE DEL MODULO (E DEL CERTIFICATO MEDICO).**

Data ...../...../.....

Firma.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI, ANCHE SENSIBILI, AI SENSI DELL'ART. 13  
D.LGS. 196/2003 e s.m.i.

Il/la sottoscritto/a .....

in qualità di genitore/tutore di ..... informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.30.06.03 n. 196 e s.m.i. "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 Felsinea Ristorazione S.r.l., 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.....