

# MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI MEDICI A.S. 2021-2022

## Comunità di Primiero

La presente richiesta è valida solo se compilata in tutti i suoi campi e corredata di certificato medico

\_\_\_\_\_ in qualità di genitore o esercitante potestà genitoriale  
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)

**CHIEDE**

**L'EROGAZIONE DI UNA DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI PER IL SEGUENTE UTENTE:**

### **DATI DELL'UTENTE**

Nome	Cognome	
Indirizzo di residenza	Città	
Scuola (specificare Primaria o Secondaria I° grado)	Città	Classe e sezione
Giorni di frequentazione della mensa (crociare i giorni di presenza in mensa):		
<input type="checkbox"/> LUN <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> MER <input type="checkbox"/> GIO <input type="checkbox"/> VEN		

### **TIPOLOGIA DI RICHIESTA**

(crociare la tipologia di richiesta)

- Attivazione dieta speciale per CELIACHIA O PATOLOGIA CRONICA**
- Attivazione dieta speciale per ALLERGIA, INTOLLERANZA ALIMENTARE O ALTRA PATOLOGIA**
- Rinnovo dieta speciale per ALLERGIA, INTOLLERANZA ALIMENTARE O ALTRA PATOLOGIA**
- Sospensione dieta speciale**

Alla richiesta va sempre allegato il certificato del pediatra/ medico specialista;

Il certificato medico è valido per l'intero ciclo scolastico, il modulo di richiesta va ripresentato ogni anno.

### **RECAPITI del genitore o esercitante potestà genitoriale**

**Numero telefono**

**Indirizzo posta elettronica**

Il servizio si riserva di contattare telefonicamente il genitore in caso di necessità in merito alla presente richiesta

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

*Si informarla che il D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione 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, si forniscono le seguenti informazioni:*

- 1) i dati da lei forniti verranno trattati per la seguente finalità: somministrazione di dieta sanitaria, interventi di sorveglianza da parte della Comunità di Valle e dell'ente gestore del servizio ristorazione;*
- 2) il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale/informatizzato;*
- 3) il conferimento dei dati è obbligatorio al fine di predisporre la dieta speciale;*
- 4) il diniego a fornire i dati personali e a sottoscrivere il consenso non consentirà di predisporre all'utente la dieta;*
- 5) i dati saranno utilizzati dai dipendenti della Comunità di Valle incaricati del trattamento, dal personale della ditta gestore del servizio di ristorazione, dal personale della APSS;*
- 6) il trattamento effettuato su tali dati sensibili sarà compreso 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 del D.Lgs. 196/2003;*
- 9) il titolare del trattamento dei dati è la Comunità Valle di Sole;*

La presente richiesta va ripresentata ogni anno scolastico, il certificato medico ha validità per l'intero ciclo scolastico

La presente richiesta va consegnata presso l' Ufficio Affari Generali della Comunità di Valle, Via Roma n. 19, Tonadico

\_\_\_\_\_ Firma del genitore o esercitante potestà genitoriale

\_\_\_\_\_ Data