

MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI MEDICI A.S. 2026-2027

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):

☐ LUN ☐ MAR ☐ MER ☐ GIO ☐ 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

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

Si informa 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 di Primiero;

La presente richiesta va ripresentata ogni anno scolastico, il certificato medico ha validità per l'intero ciclo scolasticoLa presente richiesta va consegnata presso l' Ufficio Istruzione della Comunità di Valle, Via Roma n. 19, Tonadico

Firma del genitore o esercitante potestà genitoriale

Data