

Al Responsabile del Servizio di ristorazione scolastica  
del Comune/Scuola privata/Asilo nido di

.....

## **RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI - anno scolastico 20...../.....**

Il/la sottoscritto/a .....

in qualità di: ☐ diretto interessato (per personale scolastico)

☐ genitore ☐ tutore dell'alunno/a .....

nata/o a ..... il .....

residente nel Comune di .....

via/piazza ..... n° ..... tel. ....

Scuola: ☐ NIDO ☐ INFANZIA ☐ PRIMARIA ☐ SECONDARIA I GRADO classe ..... sez. .... Nome

scuola ..... indirizzo ..... Giorni di

frequenza in mensa: ☐ Tutti oppure, specificare i giorni di frequenza:

☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì

### **CHIEDE**

che vengano apportate modifiche alla tabella dietetica in vigore nella scuola sopra citata per i seguenti motivi, **attestati da CERTIFICATO MEDICO del Medico curante/PLS/MMG, che specifica la durata della dieta sostitutiva**, ed è allegato alla presente richiesta (v. esempio di certificato, Modello B):

☐ PATOLOGIE CRONICHE O RARE:

☐ celiachia ☐ favismo ☐ fenilchetonuria ☐ diabete mellito ☐ altra .....

☐ ALLERGIE ALIMENTARI:

☐ allergia al nichel ☐ allergia alle uova ☐ allergia al latte e derivati ☐ allergia al pomodoro

☐ allergia al pesce (*specificare*) .....

☐ allergia ai legumi (*specificare*) .....

☐ allergia alla frutta a guscio (*specificare*) .....

☐ altra allergia (*specificare*) .....

☐ INTOLLERANZE ALIMENTARI (*specificare*) .....

☐ Sospetta intolleranza/allergia (in questo caso il certificato medico è da trasmettere entro 15 giorni):

Eliminare il seguente/i alimento/i: .....

dal ...../...../..... al ...../...../.....

☐ Accertamento diagnostico: eliminare il seguente/i alimento/i: .....

dal ...../...../..... al ...../...../.....

☐ Disabilità, autismo, problemi ortodontici, difficoltà di deglutizione/masticazione, .....

☐ SOSPENSIONE DIETA SPECIALE SANITARIA (*allegare certificato medico*)

....., li .....

Firma .....

Consapevole che la richiesta è subordinata al trattamento dei dati personali e sensibili, si dichiara di aver preso visione dell'informativa, predisposta dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, allegata alla presente, ed in qualità di interessato (art. 23 del citato D.Lgs. 196/2003) di prestare il consenso ed autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati nella suddetta informativa.

....., li .....

Firma .....

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

Gentile Signore/a,

la informiamo che il D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei 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, le forniamo le seguenti informazioni:

1. i dati da lei forniti verranno trattati per la seguente finalità: somministrazione di dieta speciale, adattamento della tabella dietetica della mensa scolastica, interventi di sorveglianza nutrizionale da parte di operatori del Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione dell'AST di Ascoli Piceno;
2. il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale e informatizzato;
3. il conferimento dei dati è obbligatorio al fine di predisporre la dieta speciale o gli adattamenti della tabella dietetica;
4. il diniego a fornire i dati personali e a sottoscrivere il consenso non consentirà di predisporre a suo figlio/a la dieta specifica;
5. i dati saranno utilizzati dai dipendenti degli uffici comunali preposti ai servizi scolastici incaricati del trattamento, dal personale direttamente addetto all'attività di ristorazione (dipendente comunale e/o di Ditte che hanno la gestione del servizio di ristorazione presso le scuole), dal personale sanitario del Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione dell'AST di Ascoli Piceno;
6. il trattamento effettuato su tali dati sensibili sarà ricompreso 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 D.Lgs. 196/2003;
9. il titolare del trattamento è l'Amministrazione Comune/Scuola privata/Asilo nido .....  
 ..... con sede in ..... via/piazza  
 ..... n..... nella persona del Sindaco pro-tempore/Legale  
 rappresentante.  
 Responsabile del trattamento dei dati è .....

**È INDISPENSABILE ALLEGARE CERTIFICATO MEDICO  
e compilare il modulo in tutte le sue parti e in modo LEGGIBILE.**

Si ricorda che per poter procedere alla predisposizione di una dieta personalizzata, è opportuno acquisire anche gli esiti (che possibilmente devono essere allegati) degli accertamenti che hanno condotto alla diagnosi di allergia e/o altra patologia che necessita di dietoterapia.

## CONSULENZA DIETETICO NUTRIZIONALE PER MOTIVI DI SALUTE

Il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) dell'AST di Ascoli Piceno ha predisposto un servizio di consulenza nutrizionale ai soggetti che necessitano di una dieta speciale per motivi di salute/rischio sanitario con certificato medico, soprattutto se complicati da patologia multiple e/o disabilità complesse e/o intercorrenti motivazioni etico-culturali-religiose.

In ogni caso, è possibile prendere contatto con il SIAN Ast AP inviando una mail a: [sian.ast.ap@sanita.marche.it](mailto:sian.ast.ap@sanita.marche.it), descrivendo sommariamente il problema ed indicando un recapito telefonico per poter essere ricontattati.

Oppure, rivolgersi ai numeri telefonici: 0736 358018-930-931 - 0735 793675