



## MODULO RICHIESTA DIETE SPECIALI ANNO SCOLASTICO 2019/2020

### COMUNE DI LAGOSANTO

Il sottoscritto/a (NOME COGNOME) \_\_\_\_\_

telefono/cellulare (solo in caso di necessità di chiarimenti) \_\_\_\_\_

Genitore di (NOME COGNOME ALUNNO) \_\_\_\_\_

Operatore scolastico/Docente \_\_\_\_\_

**Scuola di riferimento:** Nome scuola \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_

INFANZIA

PRIMARIA

Il Sottoscritto, come sopra identificato:

#### **RICHIEDE**

per il proprio figlio/per se in quanto Docente fruitore del servizio di refezione scolastica, nell'A.S. 2019/2020, la produzione di DIETA SPECIALE per:

intolleranza alimentare (precisare alimento/i che generano intolleranza)

\_\_\_\_\_  
 allergia alimentare (precisare alimento/i che generano allergia)

\_\_\_\_\_  
 malattia metabolica (specificare la malattia; es. diabete, ecc...)

\_\_\_\_\_  
 altra patologia (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi comportamento alimentare, ecc...; definire la tipologia di dieta richiesta)

\_\_\_\_\_  
 motivazione etico-religiosa (specificare il tipo/i di carne da non somministrare es. maiale, bovino, tutti i tipi di carne...)

\_\_\_\_\_

Nell'ambito della corretta gestione di tutte le diete speciali, per garantire un presidio ulteriore nelle situazioni più gravi,

#### **DICHIARA,**

allo stato delle proprie conoscenze, che la dieta richiesta

è da considerarsi “**a rischio vita**”, cioè il cui non rispetto è a rischio vita o è causa di gravi effetti per la salute, ad esempio shock anafilattico ecc.

\_\_\_\_\_

è da considerarsi “**NON a rischio vita**”, cioè il cui non rispetto NON è a rischio vita.

3. Allega **certificato medico** in originale o in copia.

**N.B. Si accettano solo certificati di SPECIALISTI, quali pediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche; certificati rilasciati da specialisti diversi da quelli indicati non saranno accettati.**

Al fine di tutelare al massimo gli utenti con dieta speciale, non vengono accettate modifiche della dieta (integrazioni e/o restrizioni) comunicate verbalmente o sottoscritte in forma di autodichiarazione, né da parte degli insegnanti, né da parte dei genitori, ma solo a seguito di autodichiarazione scritta del genitore in attesa del certificato medico. Per le sospensioni della dieta è necessario il certificato medico o in mancanza una autodichiarazione scritta del genitore.

La richiesta di produzione della dieta ha valore per l'A.S. 2019/2020, da settembre a giugno.

4. Il sottoscritto è consapevole che la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione ASL.

5. Il sottoscritto dichiara di essere informato/a ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 (T.U. Privacy), e ai sensi degli art. 13 e 14 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) ed autorizza al trattamento dei dati comunicati nel presente modulo, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento in oggetto.

*Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri.*

Luogo e data

Firma leggibile

---

---

