



MOD. IST-3/19

**SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA – SCUOLE PRIMARIE.
MODULO DI RICHIESTA E/O CONFERMA DIETA SPECIALE – ANNO SCOLASTICO 2019/2020.**

All'Ufficio Pubblica Istruzione del
COMUNE di BIASSONO MB

Il sottoscritto

cognome	<input type="text"/>	nome	<input type="text"/>
nato a	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>
residente in	<input type="text"/>	via/n. civico	<input type="text"/>
tel. abitazione	<input type="text"/>	tel. cellulare	<input type="text"/>
indirizzo e-mail	<input type="text"/>		

in qualità di genitore del minore



cognome	<input type="text"/>	nome	<input type="text"/>
nato a	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>

iscritto per il prossimo anno scolastico 2019-2020 al servizio comunale di RISTORAZIONE SCOLASTICA

<input type="checkbox"/> Scuola primaria "A. Moro" Classe <input type="text"/> Sez. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Scuola primaria "S. Andrea" Classe <input type="text"/> Sez. <input type="text"/>
---	---

COMUNICA che il proprio figlio

necessita di DIETA SPECIALE per:

- INTOLLERANZA O ALLERGIA ALIMENTARE, FAVISMO** - *allegare al presente modulo: certificazione medica corredata dagli esiti di test allergologici riconosciuti (es. test cutanei) e/o certificazione specialistica allergologica.*
- CELIACHIA** - *allegare al presente modulo: certificazione medica o di centro specialistico corredata di prescrizione dietetica specifica con l'indicazione degli alimenti privi di glutine.*
- DIABETE** - *allegare al presente modulo: certificazione medica o di centro specialistico con prescrizione corredata dagli esiti di test allergologici riconosciuti (es. test cutanei) e/o certificazione specialistica allergologica*
- MALATTIA METABOLICA CHE NECESSITA DELL'ESCLUSIONE DI ALCUNI ALIMENTI DALLA DIETA** - *allegare al presente modulo: certificazione medica o di centro specialistico corredata della dieta personalizzata, calcolata dal centro malattie metaboliche o dallo specialista di riferimento.*
- SOVRAPPESO** - *allegare al presente modulo: certificazione medica con richiesta di dieta ipocalorica sulla quale sia indicata l'entità della restrizione calorica che preveda la suddivisione del fabbisogno calorico giornaliero.*
- IPERTENSIONE** - *allegare al presente modulo: Certificazione con richiesta di dieta iposodica.*
- ALTRO**

oppure

CHIEDE, per il proprio figlio

<input type="checkbox"/>	il RINNOVO di DIETA SPECIALE
<input type="checkbox"/>	SENZA VARIAZIONI RISPETTO AL PRECEDENTE ANNO SCOLASTICO
<input type="checkbox"/>	CON VARIAZIONI (<i>allegare certificato medico aggiornato</i>)
<input type="checkbox"/>	la REVOCA la DIETA SPECIALE in corso.

ALLEGA

- copia documento di identità del dichiarante
- certificazione medica e/o specialistica;
- modulo A.T.S. Brianza (*da rendere compilato e firmato solo se nuova richiesta*).

data

firma _____

Spett.le **ATS della Brianza**
Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria
UOC Igiene degli Alimenti e Nutrizione
Unità Operativa Semplice di Monza Brianza.
Via Roma 85, Usmate.
Mail sian.vimercate@ats-brianza.it

RICHIESTA DI DIETA SPECIALE IN RISTORAZIONE COLLETTIVA PER MOTIVI DI SALUTE

SPAZIO RISERVATO ALLA FAMIGLIA DELL'ALUNNO

Cognome	Nome	Età
Classe frequentata Scuola Comune di BIASSONO MB		
Indirizzo e Tel. scuola		
Descrizione del problema di salute presentato dal bambino e/o del motivo per cui viene inoltrata la richiesta di Dieta Speciale		
Prescrizioni dietetico-terapeutiche formulate dal medico curante e specificazione degli ingredienti e/o delle preparazioni che l'alunno non deve consumare		
.....		
Numero di telefono cellulare dei genitori per eventuale richiesta di chiarimenti di tipo sanitario		
.....		
Data / /	Firma del richiedente

SPAZIO RISERVATO ALL'ENTE RICHIEDENTE LA DIETA SPECIALE

Il sottoscritto **dott. Luigi Pertile - funzionario**

Responsabile del Servizio ristorazione scolastica del **Comune di BIASSONO MB**

Dirigente Scolastico della scuola

Responsabile della Ditta di Ristorazione

Rintracciabile ai seguenti riferimenti. Indirizzo, e-mail

Sede municipale: Via San Martino n. 9 – 20853 BIASSONO MB @mail: istruzione@biassono.org

CHIEDE

che venga elaborata/predisposta la Dieta Speciale per motivi di salute per l'alunno/a di cui sopra sulla base dei dati e degli allegati forniti con il presente modulo.

ALLEGATI OBBLIGATORI ALLA PRESENTE RICHIESTA DI VALUTAZIONE
(la loro mancanza non consente l'evasione della richiesta)

- 1) Attestazione di pagamento dei diritti sanitari
- 2) Firma della liberatoria per la privacy/consenso al trattamento dei dati (nella parte riservata alla famiglia)
- 3) Certificato medico (con eventuali Accertamenti diagnostici e Prescrizioni dietetico-terapeutiche)
- 4) Menù della scuola con Ricettario e ingredienti delle preparazioni

Indirizzo/e-mail a cui inviare la risposta + numero di telefono: istruzione@biassono.org 039.2201044

Data / /

Pertile dott. Luigi
Funzionario Responsabile Servizio Pubblica Istruzione

**“Codice in materia di protezione dei dati personali”
Informativa ai sensi del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (art. 13)**

Gentile signore/a, la normativa sulla privacy richiede che Lei esprima il suo consenso al trattamento dei dati personali, sensibili, giudiziari, da Lei forniti con la presente segnalazione.

A tal fine la informiamo che i dati da Lei forniti:

1. saranno utilizzati da dipendenti di questa Asl, sia responsabili sia incaricati del trattamento dei dati, nell'ambito delle proprie competenze;
2. saranno trattati mediante strumenti manuali, informatici e telematici nel pieno rispetto di quanto previsto dal d.lgs. 196/03 e in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi;
3. saranno utilizzati per la seguente finalità: gestione amministrativa delle segnalazioni (art. 73, comma 2, lettera g) del D.lgs. 196/03). Questi dati saranno conservati in un archivio, protetti da sottrazione o alterazione mediante appositi sistemi di gestione e di archiviazione;
4. non saranno comunicati ad altri soggetti, se non chiedendoLe espressamente il consenso.

Si comunica inoltre che:

1. il conferimento dei dati è facoltativo e il loro eventuale mancato conferimento non precluderà la gestione del reclamo;
2. il titolare del trattamento è **ATS della Brianza con sede in Monza viale Elvezia 2**;
3. il responsabile del trattamento è: il Direttore Generale;
4. l'art. 7 del d.lgs. 196/03, che per Sua comodità di seguito riportiamo, Le riconosce alcuni diritti in ordine al trattamento.

Art. 7 - DIRITTI DELL'INTERESSATO

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge ...
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'Informativa di cui sopra, fornitami ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/93,

io sottoscritto

nato a..... il

residente a

ESPRIMO IL MIO CONSENSO

al trattamento dei miei dati personali, sensibili e giudiziari, esclusivamente ai fini della gestione amministrativa delle segnalazioni pervenute nell'ambito delle funzioni attribuite al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria della ATS della Brianza.

Data

FIRMA leggibile
