

MODULO A

Il / la sottoscritto/a (cognome nome)

\_\_\_\_\_

genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a

\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

tel n° \_\_\_\_\_

che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

della scuola \_\_\_\_\_

anno scolastico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il bambino è presente in mensa nei seguenti giorni

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

**CHIEDE**

**La somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di dieta speciale come da certificato del Pediatra allegato .**

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

Gentile Signore/a ,  
desideriamo informarla che:

- 1 i dati da lei forniti verranno trattati con le seguenti finalità: somministrazione di dieta speciale o di transizione, adattamento della tabella dietetica del centro cottura , interventi di sorveglianza nutrizionale da parte del Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione della ASL competente per territorio;
- 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 o la dieta di transizione;
- 4 il diniego a fornire dati personale i e a sottoscrivere il consenso non consentirà di predisporre al figlio/a la dieta;
- 5 i dati saranno utilizzati dai dipendenti comunali incaricati del trattamento , dal personale del SIAN dell'ALS competente per territorio;
- 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 è il Comune o la scuola di appartenenza .

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

MODULO B

Data \_\_\_\_\_

Si certifica che il bambino/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ presenta :

- ALLERGIA ALIMENTARE (specificare \_\_\_\_\_)
- INTOLLERANZA ALIMENTARE (specificare \_\_\_\_\_)
- CELIACHIA
- MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO  
(specificare \_\_\_\_\_)

Si richiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI :

---

---

---

---

---

Timbro e firma del Medico Curante