

Oggetto: Modulo di richiesta dieta speciale anno scolastico 20.../20....;

Il/la sottoscritto/a
residente in..... frazione
via.....n....., recapiti tel.....
.....e-mail
In qualità di genitore dell'alunno/a
iscritto alla scuola per l'a.s. 20.../20... classe

CHIEDE

per il proprio figlio/figlia la produzione di DIETA SPECIALE per l'a.s.:

- 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...) _____

DICHIARA

1. 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..., per la quale si prevede la fornitura giornaliera di tutti gli alimenti in monoporzione
 - è da considerarsi "NON a rischio vita", cioè il cui non rispetto NON è a rischio vita, per la quale si prevede la fornitura del solo alimento sostitutivo in monoporzione
2. Allega certificato medico in originale o in copia.
(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.) Le forme permanenti di diete speciali (es. celiachia, favismo, diabete, ecc...) non necessitano di reinvio del certificato per tutto il periodo di permanenza nello stesso grado scolastico o nello stesso Istituto Scolastico.
3. Di essere consapevole che la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione ASL.
4. Di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs 196/2003 (codice di protezione dei dati personali) che i dati personali e sensibili raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
5. Di autorizzare il trattamento e comunicazione dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs.196/2003 e ss.mm.ii.;

Data.....

Firma