



COMUNE DI LAGOSANTO

MODULO RICHIESTA DIETE SPECIALI ANNO SCOLASTICO _____

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 _____

NIDO 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. _____, 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. 2023/2024, 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.

6. Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

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

Luogo e data

Firma leggibile
