

RICHIESTA DIETA SPECIALE

Richiesta/modifica/sospensione

IL/LA SOTTOSCRITTA/O

PADRE/MADRE O CHI NE FA LE VECI

Cognome	Nome		
Nato/a il	Comune di nascita	Prov.	
Stato di nascita	Cittadinanza	Stato civile	
Comune di residenza	Prov.	CAP	
Indirizzo di residenza			
Tel.		Cellulare	
e-mail			

DATI CONOSCITIVI DEL BAMBINO/A

Cognome e nome		
Data di nascita	Luogo di nascita	Residenza: Via / num. Civico
Comune	Provincia	Cittadinanza
Pediatra Libera Scelta (PLS)/Medico Medicina Generale (MMG)/ Medico specialista dipendente SSN Dottore:		

SCUOLA FREQUENTATA

☐ Asilo nido	☐ Scuola dell'infanzia sez.
☐ Scuola primaria classe e sez	☐ Centro estivo
☐ Scuola secondaria di 1° grado classe e sez	

CHIEDE

- ☐ **La somministrazione** della dieta speciale
- ☐ **La modifica** della dieta speciale
- ☐ **La sospensione** della dieta speciale

A tal fine **DICHIARA CHE**

- ☐ Il bambino/a segue una **DIETA SANITARIA** perché è **ALLERGICO/A-INTOLLERANTE** a _____
- ☐ Il bambino/a segue una **DIETA SANITARIA** perché è **AFFETTO/A** da: _____

Si allega certificato medico con la seguente validità:

- ☐ dal _____ al _____
- ☐ per l'a.s. in corso
- ☐ permanente
- ☐ Il bambino/a segue una **DIETA PER MOTIVI RELIGIOSI** con esclusione di: _____
- ☐ Il bambino/a segue una **DIETA VEGETARIANA** con esclusione di: _____
- ☐ Il bambino/a segue una **DIETA VEGANA** - completamente priva di proteine di origine animale;

DICHIARA INOLTRE

1. di essere consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del D.P.R. 445/2000;
2. di aver effettuato la scelta/richiesta di cui alla presente in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316 e 337 bis, ter e quater del codice civile, che richiedono **il consenso di entrambi** i genitori e che, quindi, l'altro genitore/tutore/affidatario è consapevole e d'accordo;
3. di essere consapevole che la famiglia del minore è responsabile dell'applicazioni di tutte le restrizioni alimentari e variazioni apportate al menù di base richieste;
4. di impegnarsi a comunicare qualunque variazione a quanto sopra dichiarato.

N.B.:

- In caso di **richiesta dieta speciale**, il modulo deve essere compilato **ogni anno** scolastico, preferibilmente **entro giugno**, per l'anno scolastico successivo
- La certificazione medica qualora permanente **rimane valida per l'intero ciclo scolastico** (nido d'infanzia / scuola dell'infanzia / scuola primaria / scuola secondaria di 1° grado)
- **Ogni modifica o sospensione** della dieta sanitaria deve essere sempre documentata con ulteriore certificato medico
- La dieta inizia quando il prospetto dietetico è presente nella mensa scolastica

_____, li _____

Il richiedente _____

(*) Il richiedente dovrà apporre la firma in presenza del dipendente addetto OPPURE inoltrare la presente domanda corredata da fotocopia del proprio documento di riconoscimento valido.

_____, li _____

Il dipendente comunale incaricato _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO E SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI art.13 – 14 Regolamento Europeo 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016

TITOLARE DEL TRATTAMENTO	Comune di _____ PEC: comune._____.@emarche.it telefono centralino: _____ Ufficio Competente: Settore _____ – dott. _____ Tel. _____ mail: _____.@comune._____.pu.it _____ - email: _____ Tel. _____
RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI	
FINALITA' DEL TRATTAMENTO	Progettazione, preparazione, somministrazione dei pasti nel rispetto delle condizioni di salute, della religione e delle convinzioni etiche di ciascun alunno. Rilevazione statistico-epidemiologica ed invio dei dati aggregati in forma anonima al Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione dell' AST PESARO URBINO, fatte salve situazioni che necessitano di particolari approfondimenti.
BASE GIURIDICA	Il trattamento è autorizzato ed è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio dei pubblici poteri e per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento (art 6 lett e), f) Regolamento UE 2016/679).
LEGITTIMI INTERESSI PERSEGUITI	L'interesse specifico perseguito è a beneficio dell'interessato e delle famiglie
DESTINATARI DEI DATI PERSONALI	Uffici interni ed esterni, ditte appaltatrici, soggetti pubblici o privati autorizzati al trattamento per l'espletamento del servizio, acquisizione /accertamento di dati e/o a fini statistici o per altre finalità pubbliche. Per fini valutativi, soltanto per casi di particolare complessità: AST PESARO URBINO – U.O.S. Igiene della Nutrizione via Nitti, 30 tel. 0721/424447; PEC: ast.pesarourbino@emarche.it
TRASFERIMENTO DEI DATI A UN PAESE TERZO O ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE	I suoi dati personali NON saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi Terzi non appartenenti all'Unione Europea.
PERIODO/CRITERI DI CONSERVAZIONE	I suoi dati personali potranno essere cancellati esclusivamente nei termini previsti dalla vigente normativa in materia di archiviazione e conservazione previa autorizzazione della Soprintendenza Archivistica di competenza.
DIRITTI DELL'INTERESSATO	L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, limitazione, integrazione e aggiornamento dei dati, il diritto alla portabilità dei dati, il diritto di opporsi ad un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione; il diritto alla cancellazione o alla trasformazione in forma anonima dei dati se trattati in violazione di legge. L'interessato, inoltre, ha: - il diritto di opporsi per motivi legittimi inviando una raccomandata a.r. al Titolare del trattamento sopra indicato; - diritto di proporre reclamo al Garante della privacy.
OBBLIGATORietà DELLA FORNITURA DEI DATI PERSONALI E LE CONSEGUENZE DELLA MANCATA COMUNICAZIONE DI TALI DATI	Il conferimento dei dati è obbligatoria per l'esecuzione del servizio di Diete. La conseguenza in caso di mancato conferimento dei dati è la sospensione del procedimento.
ESISTENZA DI UN PROCESSO DECISIONALE AUTOMATIZZATO, COMPRESA LA PROFILAZIONE	Il titolare NON adotta un processo decisionale automatizzato compresa la profilazione di cui all'art 22 Regolamento UE n. 679/2016.

_____, li _____

Il richiedente _____

Per ricevuta:

Scuola:	Centro Produzione Pasti:
Data:	Data: