



Comune di Bagnolo in Piano (RE)

Al Comune di Bagnolo in Piano
Servizio Educativo
42011 Bagnolo in Piano (RE)

email: ufficioscuola@comune.bagnolo.re.it

Richiesta di dieta speciale sanitaria.

Il/la sottoscritto/a _____

residente a _____, Via/P.zza _____ n° _____

tel/cell _____ email _____

genitore/tutore/affidatario dell'alunno _____

che frequenta, nell'anno scolastico 2023/2024 (barrare la casella che interessa):

l'Asilo Nido "Pollicino" sezione _____

la Scuola dell'Infanzia Statale sezione _____

la Scuola Primaria - Tempo Pieno classe /sez _____

OPPURE

docente presso la scuola (barrare sopra la casella interessata)

CHIEDE

per il proprio figlio/a, o per sé in quanto Docente, fruitore del servizio di refezione scolastica la produzione di DIETA SPECIALE SANITARIA per (barrare la casella che interessa):

1) **intolleranza alimentare** a (specificare alimento/i): _____

(a tal fine si allega certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione)

2) **allergia alimentare** a (specificare alimento/i): _____

(a tal fine si allega certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione)

è da considerare “A RISCHIO VITA” (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di gravi reazioni allergiche, ricovero ospedaliero, shock anafilattico)

3) **malattia metabolica o autoimmune** (specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc...):

(a tal fine si allega certificato del medico curante con diagnosi)

è da considerare “A RISCHIO VITA” (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di ricovero ospedaliero e gravi rischi per la salute)

4) **Altro** (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi comportamento alimentare, ecc.):

(a tal fine si allega certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione)

è da considerare “A RISCHIO VITA” (poiché a rischio di ricovero ospedaliero e /o gravi rischi per la salute)

1. Il richiedente **DICHIARA**, come riportato sul certificato medico allegato che (barrare la casella che interessa):

l'allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione **PUÒ** ESSERE TOLLERATO

l'allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione **NON PUÒ** ESSERE TOLLERATO

(in caso di non autorizzazione procederemo ad eliminare dalla dieta tutte le possibili tracce dichiarate dalle schede tecniche dei prodotti esempio: dieta no legumi no tracce → eliminati dalla dieta tutti i prodotti confezionati e che non presentano l'allergene SOIA → dalla dieta verranno eliminati erbazzone-pizza-farina-biscotti-torte-gelati ecc)

2. **Informativa pane artigianale (AUTODICHIARAZIONE):**

1) gli ingredienti del PANE sono: farina di frumento, lievito ed eventualmente sale e olio extravergine di oliva;

2) i fornitori artigianali dai quali CIRFOOD si approvvigiona dichiarano che lo stesso contiene GLUTINE e potrebbe contenere in tracce i seguenti allergeni: CROSTACEI, UOVA, PESCE, ARACHIDI, SOIA, LATTE INCLUSO LATTOSIO, FRUTTA A GUSCIO, SEDANO, SENAPE, SEMI DI SESAMO, ANIDRIDE SOLFOROSA E SOLFITI, LUPINI, MOLLUSCHI in quanto nello stesso laboratorio ed eventualmente sulla stessa linea di lavorazione sono effettuate anche altre produzioni contenenti gli stessi (ai sensi del Reg. UE 1169/2011, D.Lgs. 109/92, 88/2009 e s.m.i).

Consapevole di quanto sopra esplicitato il sottoscritto **DICHIARA che** (barrare la casella che interessa):

l'allergene presente in tracce o all'interno del laboratorio di produzione **PUÒ** ESSERE TOLLERATO

l'allergene presente in tracce o all'interno del laboratorio di produzione **NON PUÒ** ESSERE TOLLERATO

NB. IN CASO DI NON AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI PRODOTTO CONTENENTE TRACCE DI ALLERGENI O IN CASO DI NON COMPILAZIONE, l'alternativa che CIRFOOD somministra è un prodotto privo di tutti gli allergeni di cui sopra.

Il richiedente è consapevole che la procedura attuata prevede quanto segue:

- Si accettano solo certificati di SPECIALISTI, quali pediatri di libera scelta, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche; certificati rilasciati da specialisti diversi da quelli indicati non saranno accettati (in alternativa al certificato anzidetto si può utilizzare il modulo “DOCUMENTO INERENTE LE DIETE SANITARIE AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA” allegato alla presente).

- Il consumo di alimenti con tracce di allergeni è possibile SOLO SE ESPRESSAMENTE previsto dal certificato medico ad eccezione del pane per il quale si ammette AUTODICHIARAZIONE del genitore

- In assenza di precisa indicazione medica la dieta speciale sanitaria richiesta avrà validità fino al termine dell'ordine di scuola per cui è stata richiesta.
- Per tutte le sospensioni, integrazioni e/o restrizioni della dieta è necessario presentare un nuovo certificato medico.
- Al fine di tutelare al massimo gli utenti con dieta speciale sanitaria non vengono accettate modifiche della dieta (integrazioni e/o restrizioni) comunicate verbalmente o sottoscritte in forma di autodichiarazione, né da parte dei docenti, né da parte dei genitori.
- la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione AUSL.

Bagnolo in Piano, li

IL GENITORE/TUTORE/AFFIDATARIO (*)

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DI ALUNNI E ADULTI

**in riferimento alla gestione del servizio di ristorazione scolastica per l'attivazione, la produzione,
il confezionamento e la distribuzione di diete speciali sanitarie**

IL SOTTOSCRITTO AUTORIZZA il Comune di Bagnolo in Piano a riferire i propri dati ai gestori dei servizi scolastici, come meglio dettagliato nell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016, parte integrante del presente modulo. Al fine di evitare comunicazioni eccessive o non pertinenti è dovere del genitore richiedente comunicare tempestivamente eventuali modifiche inerenti il servizio richiesto. Comunicazioni tardive potrebbero non garantire l'iscrizione ai servizi scolastici. In caso di diniego della presente autorizzazione non potrà essere effettuata l'iscrizione ai servizi scolastici.

Bagnolo in Piano, li

IL GENITORE/TUTORE/AFFIDATARIO (*)

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO N. 679/2016

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito GDPR) in coerenza del principio di trasparenza, si forniscono le seguenti informazioni:

Il titolare del trattamento è il Comune di Bagnolo in Piano, con sede a Bagnolo in Piano in Piazza Garibaldi 5/1 – Tel. 0522/957411.

Il responsabile della protezione dei dati è Lepida S.p.A., con sede in Via della Liberazione, n. 15 – 40128 Bologna.

Finalità e base giuridica del trattamento: il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato dal Comune di Bagnolo in Piano per lo svolgimento di funzioni istituzionali ed esclusivamente ai fini dell'iscrizione ai servizi scolastici e alle procedure conseguenti, nel rispetto delle disposizioni vigenti.

Modalità di trattamento dei dati: il trattamento dei dati sarà svolto in forma automatizzata, informatica, telematica e/o manuale, in conformità a quanto previsto dagli artt. 29 e 32 del GDPR 2016/679 da soggetti appositamente incaricati.

Destinatari dei dati: i dati saranno comunicati ai soggetti gestori dei servizi scolastici.

Trasferimento di dati personali a paese terzo: i dati personali acquisiti non saranno trasferiti né in altri Stati membri dell'Unione europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Periodo di conservazione dei dati: i dati personali raccolti saranno conservati per il periodo di tempo prescritto, in base alla tipologia, dalla normativa vigente in materia di conservazione dei documenti formati o detenuti dalle pubbliche amministrazioni (disposizioni in materia archivistica).

Profilazione: il Comune di Bagnolo in Piano non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del GDPR 2016/679.

Diritti dell'interessato: l'interessato/a, in riferimento ai dati personali conferiti, potrà esercitare i seguenti diritti: di accesso; di ottenimento di rettifica, aggiornamento, integrazione o limitazione del trattamento; di opposizione al trattamento; di reclamo al Garante.

Conferimento dati: il conferimento dei dati è facoltativo ma necessario per le finalità sopraindicate. Il conferimento si configura come onere, nel senso che ogni richiedente, se intende richiedere servizi scolastici, deve rendere le dichiarazioni richieste dall'amministrazione; il mancato conferimento comporterà l'esclusione dalla procedure di iscrizione ai servizi scolastici.

Bagnolo in Piano, li

IL GENITORE/TUTORE/AFFIDATARIO (*)

(*) Se la firma non è apposta in presenza del funzionario responsabile del ritiro occorre allegare copia della carta d'identità del firmatario.

“DOCUMENTO INERENTE LE DIETE SANITARIE AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA”
(ALTERNATIVO AL CERTIFICATO MEDICO, COMPRENSIVO DI TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE)

N.B. Si accettano solo certificati di SPECIALISTI, quali pediatri di libera scelta, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche.

DATA _____

Si certifica che il bambino/a _____ M F

nato a _____ il _____ presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE

possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di adrenalina autoiniezzabile

SI NO

INTOLLERANZA ALIMENTARE

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/ DEFICIT ENZIMATICO

ALTRA PATOLOGIA

Si richiede pertanto una dieta PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI o ATTINENTE ALLE SEGUENTI INDICAZIONI DIETETICHE:

Ulteriori specifiche

l'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione **PUÒ** ESSERE TOLLERATO

l'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione **NON PUÒ** ESSERE TOLLERATO

(in caso di non autorizzazione procederemo ad eliminare dalla dieta tutte le possibili tracce dichiarate dalle schede

tecniche dei prodotti esempio: dieta no legumi no tracce → eliminati dalla dieta tutti i prodotti confezionati e che non

presentano l'allergene SOIA → dalla dieta verranno eliminati erbazzone-pizza-farina-biscotti-torte-gelati ecc).

DURATA DELLA DIETA SPECIALE SANITARIA:

fino al termine dell'ordine di scuola per cui è stata richiesta, oppure

PERIODO : DAL _____ **AL** _____ .

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE
