



OGGETTO: RICHIESTA DIETA SPECIALE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a _____

residente in via/vicolo/p.zza _____ n° _____

Comune di _____ prov. di _____

Recapito telefonico: casa _____ cellulare _____

e-mail _____

- Genitore (barrare se è l'ipotesi che ricorre)
- Tutore (barrare se è l'ipotesi che ricorre)

di (indicare il nome dell'alunno) _____

frequentante la scuola _____ classe _____

RICHIEDE

- dieta speciale sanitaria (*barrare se è l'ipotesi che ricorre*)
- annullamento dieta speciale sanitaria (*barrare se è l'ipotesi che ricorre*)

E' necessario allegare copia del **CERTIFICATO MEDICO con timbro e firma del medico curante/specialista** che riporti **diagnosi, elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione e periodo di validità della richiesta** (preferibilmente compilato nell'apposito **modello E2**)

Informativa breve

Si informa che, ai sensi del Regolamento Europeo GDPR 2016/679, i dati personali forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità richieste e relativamente agli adempimenti di legge.

La dieta speciale sarà ricevuta ed elaborata da personale specializzato di Vivenda spa.

Base giuridica e consenso

Considerata la natura del servizio richiesto, la base giuridica del trattamento è identificata nel consenso del richiedente, in assenza del quale il trattamento, e dunque la gestione delle procedure, diviene impossibile.

La sottoscrizione della presente, oltre che per presa visione dell'informativa, costituisce espressione di libero, informato ed inequivocabile consenso al trattamento dei dati per le finalità descritte, ai sensi di quanto previsto dall'art. 7 GDPR 2016/679.

Data _____

Firma _____

Modulo E2) RICHIESTA DIETA SPECIALE SANITARIA

Istruzioni per la compilazione: DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE in tutte le sue parti:

CERTIFICAZIONE MEDICA PER LA RISTORAZIONE AZIENDALE

Si certifica che l'assistito/a _____ M F

nato/a a _____ il _____

presenta (*barrare l'ipotesi che ricorre*):

ALLERGIA ALIMENTARE

possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di adrenalina auto iniettabile o altri farmaci salvavita

SI

NO

INTOLLERANZA ALIMENTARE

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO _____

ALTRA PATOLOGIA _____

Si richiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SGUENTI ALLERGENI/ALIMENTI O CON I SEGUENTI VINCOLI DIETETICI:

Data, _____

Timbro e firma del Medico curante
