



Comune di _____

Operatore scolastico/Insegnante _____
oppure

Il sottoscritto _____
Genitore di _____

Scuola di riferimento _____
 NIDO INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA I GRADO

Nome plesso scolastico _____
Classe _____ Sezione _____

1. Richiede per il proprio figlio/per se stesso, nell'A.S. 20..-20., 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, altro)
- motivazione etico-religiosa** (specificare il tipo/i di carne da non somministrare es. maiale, bovino, tutti i tipi di carne...)

2. 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:

- "pericolosa per la vita"**, cioè il cui non rispetto è a rischio vita e/o causa di gravi effetti per la salute, esempio shock anafilattico.
- "NON pericoloso per la 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. Per **le diete per intolleranza/allergia**, la certificazione dovrà essere **rinnovata annualmente** poiché nel corso dell'anno scolastico le condizioni possono subire variazioni. Per la sola **dieta per celiachia** si accetterà un'autocertificazione di continuità da parte del genitore per gli anni successivi. Per le **diete in bianco** giornaliere, che hanno durata NON superiore ai 3 giorni, non sarà necessaria alcuna certificazione ma un'autodichiarazione del genitore.

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 autocertificazione, né da parte degli insegnanti, né da parte dei genitori. Per le sospensioni della dieta è necessario il certificato medico o in mancanza una autocertificazione scritta del genitore.

La richiesta di produzione della dieta ha valore per l'A.S. 20__/20__, da settembre a giugno, e per eventuali centri estivi gestiti da Markas Srl, previa comunicazione della sede di destinazione.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI, ANCHE SENSIBILI, AL SENSI DELL'ART. 13 D.LGS.30.06.03 N. 196 E s.m.i.

Il sottoscritto _____

in qualità di genitore di _____

è consapevole che ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.30.06.03 n. 196 e s.m.i. "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati sensibili contenuti nel presente documento sono da sé volontariamente forniti a Markas Srl che si impegna al trattamento degli stessi esclusivamente al fine della corretta gestione e produzione del pasto speciale. Markas Srl garantisce la sicurezza e riservatezza del relativo trattamento.

Data _____ Firma _____