

	<b>RICHIESTA DIETA SPECIALE</b> <b>per alunno/a</b>	<b>MOD. 01A</b> richiesta dieta speciale Alunno/a
	da compilare, firmare e consegnare direttamente ai referenti comunali	edizione 02 tot. pag. 05 data 01.04.2020

C.A.  
 Referenti della gestione del  
 Servizio di Ristorazione Scolastica  
 Scuole del Comune di Zibido S. Giacomo (MI)

**per ALUNNO/A**

**PRESO ATTO DELLA SEGUENTE INFORMATIVA:**

Il servizio di ristorazione scolastica eroga annualmente la *tabella dietetica standard* a tutti gli utenti, sia per la stagione Primavera-Estate sia per la stagione Autunno-Inverno; tali tabelle sono strutturate da personale del servizio di ristorazione e successivamente visionate ed approvate dai referenti ATS del territorio di competenza.

Sulla base di tali tabelle standard, il servizio ha in uso tabelle dietetiche speciali adeguate sia per motivazioni etico-religiose sia per le condizioni di intolleranza/allergia/patologia che possono essere gestite *non ad personam*, ma per gruppi omogenei di richiesta (es. tabella per soggetti con celiachia, per intolleranti al lattosio).

Per tutte le altre richieste con necessità di erogazione di menù personalizzato (*ad personam*) dovrà essere fornita alla scuola la tabella dietetica individuale adeguata alla condizione del figlio/a, con le modalità di seguito indicate: la tabella dovrà essere strutturata sulla base della *tabella dietetica standard* in uso alla scuola, per le due stagionalità/anno; la stessa potrà essere modulata/adeguata da parte di personale professionale competente quali ad es., a mero titolo esemplificativo: medico di famiglia/medico specialista, pediatra, nutrizionista/biologo specialista in alimentazione, dietista (è possibile quindi sottoporre copia delle tabelle dietetiche standard al professionista di riferimento, per opportuno adeguamento e successiva consegna al referente comunale destinatario).

**IO SOTTOSCRITTO/A**

RESIDENTE A	VIA		
COD. FISCALE	TEL/CELL.		
EMAIL	CELL PER URGENZE		
IN QUALITÀ DI	<input type="checkbox"/> GENITORE	<input type="checkbox"/> TUTORE	<input type="checkbox"/> AVENTE DIRITTO
DELL'ALUNNO/A			
NATO/A	IN DATA		
COD. FISCALE			
FREQUENTANTE LA CLASSE e SEZIONE			
DELLA SCUOLA (barrare)		FREQUENTANTE LA MENSA NEI GIORNI (barrare)	
<input type="checkbox"/> nido	<input type="checkbox"/> infanzia	<input type="checkbox"/> primaria	<input type="checkbox"/> secondaria
		<input type="checkbox"/> Tutti i giorni <input type="checkbox"/> Solo in questi giorni (barrare): lunedì – martedì – mercoledì- giovedì- venerdì	

**MI IMPEGNO A FORNIRE LE INFORMAZIONI DI SEGUITO INDICATE PER L'ATTUAZIONE DELLA RICHIESTA CHE SEGUE, DA APPLICARE:**

per l'anno scolastico (specificare) \_\_\_\_\_ e barrare di seguito

- sia per mensa scolastica sia per mensa del centro estivo
- solo per mensa scolastica (senza centro estivo)
- solo per mensa del centro estivo (senza mensa scolastica)

## CHIEDO, PER MIO FIGLIO/A, LA SOMMINISTRAZIONE DI:

### A) TABELLA DIETETICA PER MOTIVAZIONE ETICO-RELIGIOSA (ER)

(non serve certificazione clinico-medica)

ID (barrare)	TIPOLOGIA RICHIESTA	NOTA
ER-1	MENÚ PRIVO DI CARNE SUINA E DERIVATI	pollo, tacchino, vitello-manzo, uova, latte e derivati, pesci
ER-2	MENÚ PRIVO DI CARNE SUINA E BOVINA	pollo, tacchino, uova, latte e derivati, pesci
ER-3	MENÚ PRIVO DI TUTTI I TIPI DI CARNI	uova, latte e derivati, pesci
ER-4	MENÚ PRIVO DI CARNI E PESCI	uova, latte e derivati

Eventuali richieste di menù privi di tutti i tipi di prodotti animali devono essere corredate da certificazione clinico/medico/pediatrica, che attesti anche la regolare supervisione ed il monitoraggio dell'alunno/a da parte del/dei curanti; tali richieste rientrano quindi nelle diete "personalizzate" di cui alle pagine seguenti (AP-500 "altro").

### B) TABELLA DIETETICA PER PATOLOGIA-PERSONALIZZATA (es: allergia, intolleranza, endocrino-metabolica, ecc)

Per tali condizioni è necessario presentare Certificazione Clinico-Medica-Specialistica rilasciata da: Pediatra Libera Scelta e/o Medico di Famiglia e/o Medico Specialista (es. allergologo, diabetologo, endocrinologo, ecc.)

**La certificazione deve contenere, in modo leggibile:**

- data
- identificazione univoca dell'alunno/a
- diagnosi del tipo di patologia
- il periodo di tempo per il quale deve essere erogata la dieta richiesta
- le modalità di gestione della patologia (es. per diabete, obesità, ecc.)
- tutti gli alimenti da escludere (es. per allergia/intolleranza)
- deve essere corredata dalle analisi attestanti la diagnosi

Per patologie croniche/genetiche senza variazione nel tempo: è necessario consegnare la documentazione solo della prima diagnosi (es. celiachia)

Per patologie suscettibili di variazioni nel tempo: per ogni anno scolastico e/o rivalutazione clinica è necessario consegnare la documentazione aggiornata.

PATOLOGIA	VALIDITA' TEMPORALE: la dieta dovrà essere erogata (l'indicazione deve essere conforme alla certificazione medica consegnata)
<input type="checkbox"/> <b>GIA' ACCERTATA</b>	<input type="checkbox"/> per tutto anno scolastico <input type="checkbox"/> dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> fino a prossima valutazione clinica
<input type="checkbox"/> <b>IN ACCERTAMENTO PER SOSPETTO DIAGNOSTICO</b> (durata 3 mesi)*	<input type="checkbox"/> Dalla data di consegna della documentazione e per 3 mesi, quindi fino al _____
<input type="checkbox"/> <b>TEMPORANEA</b> (durata 1 mese)*	<input type="checkbox"/> Dalla data di consegna della documentazione e per 1 mese, quindi fino al _____

\*al termine dei mesi indicati e in assenza di nuova comunicazione, all'alunno/a verrà proposto il menù standard

**b.1) RICHIESTA PER PATOLOGIA ENDOCRINO-METABOLICA**

(la richiesta deve essere conforme alla certificazione medica consegnata)

ID (barrare)	TIPOLOGIA	DATA CERTIFICATO	RILASCIATO DA	ALIMENTI DA ESCLUDERE O MODALITA' GESTIONE
P-1	CELIACHIA			
P-2	DIABETE			
P-3	FAVISMO			
P-4	IPOCALORICA			
P-5	STIPSI			
P-6	FRULLATA			
P-7	TRITATA			
PP-100	ALTRO (specificare)			

**b.2) RICHIESTA PER ALLERGIA O INTOLLERANZA AD ALIMENTI**

(la richiesta deve essere conforme alla certificazione medica consegnata)

ID (barrare)	TIPOLOGIA	DATA CERTIFICATO	RILASCIATO DA	ALIMENTI DI CUI SI CHIEDE ESCLUSIONE
A-51	ALLERGIA ARACHIDI (solo arachidi)			
A-52	ALLERGIA FRUTTA A GUSCIO (frutta secca)			Specificare se può consumare: pinoli SI NO anacardi SI NO arachidi SI NO legumi SI NO
A-53	ALLERGIA LATTE VACCINO			
A-54	ALLERGIA LEGUMI			
A-55	ALLERGIA PESCI			
A-56	ALLERGIA SOLANACEE <i>melanzane, pomodori, peperoni, patate</i>			
A-57	ALLERGIA UOVA			
A-58	ALLERGIA LATTE, UOVO e VITELLO			
I- 59	INTOLLERANZA LATTOSIO			
AP- 500	ALTRO - PERSONALIZZATO (specificare)			

## INFORMAZIONI UTILI AL COMPLETAMENTO DI QUANTO SOPRA (da compilare da parte di tutti i richiedenti)

- 1) Il/la figlio/a ha già avuto (in ambiente extra-scolastico) episodi pregressi di shock anafilattico (se allergico/a) o crisi ipoglicemiche/iperglicemiche (se diabetico/a) o altre criticità da segnalare, riconducibili alla condizione dichiarata nella certificazione presentata?
- SI     NO
- 2) Al figlio/a sono stati prescritti uno o più farmaci che devono essere disponibili anche a scuola?
- SI** e io richiedente **dichiaro di aver già consegnato** la “RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA” ai referenti della gestione del processo, presso la scuola frequentata da mio/a figlio/a
- SI** e firmando la presente io richiedente **mi impegno a consegnare** la “RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA” ai referenti della gestione del processo, presso la scuola frequentata da mio/a figlio/a e preventivamente alla somministrazione dei pasti
- NO**, non ha alcuna prescrizione farmacologica /non ne necessita

### TEMPISTICA DI ATTUAZIONE TABELLE PERSONALIZZATE

Si ricorda che dalla data consegna della documentazione all'avvio del **programma personalizzato** richiesto, ci potrà essere un tempo tecnico di verifica/organizzazione; in caso di patologia con significativo livello di rischio (a mero titolo esemplificativo: sbalzi glicemici, shock anafilattico, ecc.), si consiglia – in via precauzionale e preventivamente alla somministrazione del pasto da parte del/della figlio/a – di rivolgersi al personale preposto per accertare l'effettiva messa in atto della richiesta inoltrata.

### DURATA DELLA SOMMINISTRAZIONE DELLA DIETA SPECIALE

Con questa prima richiesta la dieta speciale verrà somministrata per l'anno di iscrizione in corso e/o fino a data di scadenza come indicata sui certificati clinico-medici. Per gli anni successivi è possibile: rinnovare, revocare, aggiornare la richiesta; come fare?: si rimanda al modulo ISTRUZIONI.

Io richiedente (cognome e nome) \_\_\_\_\_

**in qualità di genitore/tutore/avente diritto relativamente al minore fruitore, sono consapevole di quanto disposto in materia di responsabilità genitoriale dalla normativa vigente e, in particolare, che “Entrambi i genitori hanno la responsabilità genitoriale che:**

- è esercitata di comune accordo tenendo conto delle capacità, delle indicazioni naturali e delle aspirazioni del figlio (...)
- in caso di contrasto su questioni di particolare importanza ciascuno dei genitori può ricorrere senza formalità al giudice indicando i provvedimenti che ritiene più idonei” (art. 316 c.c. I e II comma)
- “gli atti di ordinaria amministrazione (...) possono essere compiuti disgiuntamente da ciascun genitore” (art. 320 c.c. I comma)
- con riferimento ai genitori separati, divorziati o affidatari del figlio minore a seguito di un provvedimento giudiziale: “La responsabilità genitoriale è esercitata da entrambi i genitori. Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione, alla salute e alla scelta della residenza abituale del minore sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli. In caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice. Limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la responsabilità genitoriale separatamente. Qualora il genitore non si attenga alle condizioni dettate, il giudice valuterà detto comportamento anche al fine della modifica delle modalità di affidamento.” (art. 337 ter c.c. III comma)

**Tutto quanto sopra richiamato, firmando la presente:**

- autorizzo contestualmente il personale preposto alla preparazione e somministrazione del pasto come richiesto e sollevo gli stessi e tutte le parti direttamente e indirettamente coinvolte nel processo, da ogni responsabilità derivante da tale somministrazione conforme alle indicazioni ricevute.
- dichiaro di aver compreso e compilato in ogni parte tutto quanto sopra (da pg.1 a pg 4) e di prendere atto delle informative di seguito riportate (test diagnostici e reg. protezione dati)

**data**

**firma del richiedente**

Il presente modello è elaborato per il Servizio di Ristorazione Scolastica del Comune di Zibido S Giacomo (MI); non è utilizzabile/cedibile da parti terze/esterne/non coinvolte nel processo. La non osservanza espone alle relative conseguenze come da normativa vigente.

#### ❑ **INFORMATIVA SUI TEST DIAGNOSTICI DI ALLERGIE e/o INTOLLERANZE ALIMENTARI**

verranno considerate solo le analisi riportanti i metodi indicati come scientificamente attendibili dalle indicazioni del Ministero della Salute, ovvero:

##### test attendibili

- SPT - PRICK BY PRICK - Test di provocazione orale con alimento (TPO) - Test in doppio cieco contro placebo (DBPCFC) - IgE specifiche
- Breath test e valutazione clinico-medica
- Test genetico e valutazione clinico-medica

##### non verranno considerati invece test non convenzionali, quali:

- Test citotossico
- Test di provocazione e neutralizzazione sublinguale e intradermico
- Kinesiologia applicata
- Test del riflesso cardio-auricolare
- Pulse test
- Test elettrodermico o elettroagopuntura secondo Voll (Vega test, Sarmtest ecc)
- Biostrength test e varianti
- Biorisonanza
- Analisi del capello
- IgG sieriche specifiche per alimento
- BAFF (fattore attivante i linfociti B) e PAF test (fattore attivante le piastrine)

#### **INFORMATIVA AI SENSI ART. 13 REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

La informiamo che i dati personali e i dati sensibili riferiti a lei sono trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Zibido San Giacomo che Lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

Telefono:02900201

Indirizzo PEC: protocollo@pec.comune.zibidosangiaco.mi.it

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: [privacy@comune.zibidosangiaco.mi.it](mailto:privacy@comune.zibidosangiaco.mi.it)

Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per la gestione e l'esecuzione del servizio di refezione scolastica / centro estivo comprensivo anche delle diete speciali. Detto trattamento comporta la raccolta e gestione dei dati comuni (identificativi e di contatto) e tra i quali di carattere particolari (relativi alla salute e ai minori).

Le basi giuridiche che legittimano il trattamento sono connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico nonché all'esecuzione di un servizio (ai sensi dell'art. 6 par. 1 lett. E e B del Regolamento 2016/679)

I dati raccolti:

- sono trattati da personale dell'ente appositamente autorizzato per attività strumentali al perseguimento delle finalità dell'ente;
- potranno essere comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge o per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico;
- sono conservati dal Titolare per il tempo necessario alla gestione delle predette finalità in osservanza delle regole previste dalla legge e nell'adempimento delle proprie funzioni istituzionali;
- possono essere soggetti a comunicazione e/o a diffusione esclusivamente in adempimento ad obblighi previsti dalla legge o da regolamenti e non sono soggetti a trasferimento a paesi terzi.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento.

Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità.

Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

*Il Comune di Zibido San Giacomo si è adeguato alla nuova normativa sulla privacy prevista del Regolamento Europeo 2016/679. Tutti i suoi dati saranno trattati in conformità alla predetta normativa.*