

## MODULO DI RICHIESTA DIETA SPECIALE

il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
 genitore o esercitante potestà genitoriale del bambino \_\_\_\_\_  
 residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 tel. Abitazione \_\_\_\_\_ tel. Cellulare \_\_\_\_\_  
 che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_  
 della scuola \_\_\_\_\_ per l'anno scolastico \_\_\_\_ / \_\_\_\_

il bambino/a è presente in mensa nei seguenti giorni:

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

Usufruirà dei seguenti pasti forniti da CAMST:

Merenda metà mattina	Pranzo	Merenda metà pomeriggio
----------------------	--------	-------------------------

### CHIEDE

la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di (barrare la casella interessata)

- Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione
- Dieta speciale per la celiachia a tal fine si allega certificazione del medico curante con diagnosi
- Dieta speciale per altre condizioni permanenti a tal fine di allega certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione
- Dieta di carattere etico/religioso o da particolari stili di vita a tal fine si allega elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione

#### Informativa sull'uso dei dati personali e sui diritti del dichiarante

Al sensi del Regolamento Europeo 679/2016 ("Regolamento"), e in relazione ai dati personali che riguardano direttamente Lei o l'eventuale minore di età sottoposto alla sua potestà genitoriale, e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo, in quanto Interessati al trattamento, di quanto segue:

**Finalità del trattamento dei dati:** il trattamento è diretto all'espletamento da parte del ..... e di CAMST Soc. Coop. a. r. l., quest'ultima nella veste di Responsabile Esterno del Trattamento, delle funzioni derivanti da compiti attribuiti loro dalla legge, regolamenti, capitolato e contratto di concessione del servizio di ristorazione. A tal fine, le sono richiesti i dati contenuti nel presente modulo e, nello svolgimento del servizio in suo favore, eventuali ulteriori dati anche di natura sensibile (diete particolari connesse ad uno stato di salute dell'utente).

**Modalità di trattamento e tempo di conservazione dei dati:** è effettuato manualmente e/o con l'ausilio di mezzi informatici e telematici. Il Titolare avrà cura di utilizzare i dati per le finalità indicate nella presente informativa per tutto il tempo di durata del servizio in suo favore e anche successivamente se norme specifiche prevedono tempi di conservazione differenti. In ogni caso il Titolare adotterà ogni cura per evitare un utilizzo dei dati stessi a tempo indeterminato.

**Conferimento dei dati:** è necessario per l'interessato che voglia ottenere il servizio di ristorazione scolastica;

**Rifiuto di conferire i dati:** il rifiuto, da parte sua, di conferire i dati personali suoi e/o del minore di età, comporta l'impossibilità di fornire il servizio.

**Comunicazione dei dati:** i dati personali vengono comunicati, nei casi e nei modi previsti dalla legge e/o regolamenti, a CAMST Soc. Coop. a r.l e all'azienda gestore del sistema di Informatizzazione.

**Titolare del Trattamento:** ..... Via ..... n. ...., ..... (.....)

**Responsabile Esterno del Trattamento:** CAMST Soc. Coop a r. l. con sede in via Tosarelli, 318 – Fraz. Villanova – 40055 Castenaso (BO)

**Diritti dell'interessato:** gli interessati hanno il diritto di chiedere al **Titolare del Trattamento** l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (art. 15 e ss. del Regolamento). L'apposita richiesta può essere presentata rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della Protezione dei Dati del Titolare, se nominato, presso la sede del Titolare sopra indicata o telefonando al seguente numero: ..... Gli interessati, ricorrendone i presupposti, hanno altresì il diritto di proporre reclamo al Garante quale autorità di controllo secondo le procedure previste.

Il Titolare comunicherà ai soggetti a cui sono comunicati i suoi dati le sue richieste di rettifica, cancellazione o limitazione del trattamento, a meno che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato. L'esercizio dei diritti non è soggetto ad alcun vincolo di forma ed è gratuito.

**Consenso al trattamento dei dati:** con la sottoscrizione dell'accettazione al trattamento dei dati personali presenti nei moduli di fruizione del servizio di ristorazione, Ella prende atto della presente informativa e presta, pertanto, il proprio consenso alla comunicazione dei dati personali suoi e/o del minore, anche di natura sensibile a CAMST Soc. Coop a r. l.; a ..... alla Società che gestisce l'informatizzazione per la finalità di erogare il servizio richiesto.

Data: .....

Firma del Genitore-Tutore per accettazione: .....



**6.2.2 MODULO B: ESEMPIO DI CERTIFICATO CON LE INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA**

**Istruzione per la compilazione**

**DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE (preferibilmente PEDIATRA DI LIBERA SCELTA/ MEDICO DI MEDICINA GENERALE) in tutte le sue parti.**

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 Adrenafina autoiniettabile  
SI  NO

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche:

- Esami in vivo (es: Prick Test, Prick by Prick)  
 Esami in Vitro (es: IgE specifiche, RAST, ISAC)  
 Biopsia intestinale  
 Breath test  
 Test di provocazione orale

**INTOLLERANZA ALIMENTARE**

**CELIACHIA**

**MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**

**ALTRA PATOLOGIA** \_\_\_\_\_

N.B. si fa presente che verranno considerate solo certificazioni mediche riportanti tests diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute.

Si richiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:**

Durata della dieta speciale

Intero ciclo scolastico

Intero anno scolastico

n. \_\_\_\_\_ mesi

Timbro e firma del Medico Curante