



(modulo A)

**RICHIESTA DI VARIAZIONE MENU' SCOLASTICO
PER INTOLLERANZA / ALLERGIA ALIMENTARE / ALTRA PATOLOGIA**

Io sottoscritto/a

genitore/tutore del bambino/a

nato/a il

residente nel Comune di

Via N°

N° telefono N° cellulare

E - mail

iscritto alla scuola classe

nel Comune di

usufruisce del servizio mensa nei seguenti giorni: (specificare)

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> lunedì | <input type="checkbox"/> martedì | <input type="checkbox"/> mercoledì |
| <input type="checkbox"/> giovedì | <input type="checkbox"/> venerdì | <input type="checkbox"/> tutti i giorni |

CHIEDO

che vengano apportate modifiche al menù in vigore nella scuola sopra citata per l'anno scolastico

ALLEGO

la certificazione medica nel rispetto delle indicazioni riportate sul retro.

Informativa breve sul trattamento dei dati personali: nel compilare questo modulo si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 per gli adempimenti correlati alla procedura in oggetto. I dati, il cui conferimento è obbligatorio, verranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Sono fatti salvi, in ogni caso, i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE 2016/679
I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679. L'informativa completa relativa al trattamento dei dati è conservata presso la sede dell' Azienda ASL VCO ed è consultabile dal sito web dell'ente all'indirizzo www.aslvco.it nella sezione "dati personali".

Data

Firma

N.B. Il presente modulo va compilato in tutte le sue parti e restituito al Responsabile delle mense scolastiche del comune / dell'istituto, che provvederà a inviarlo all'ASL VCO - SIAN - Area Nutrizione, per gli opportuni provvedimenti.

TIPOLOGIE DI CERTIFICAZIONE MEDICA:

- ✓ **Richiesta di dieta speciale per allergia alimentare accertata**
(la certificazione dovrà essere compilata da un Medico di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia *oppure in alternativa* dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN solo sulla base di documentazione redatta da una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia)

- ✓ **Richiesta temporanea di dieta speciale per sospetta allergia alimentare**
(la certificazione dovrà essere compilata dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN o da un Medico di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia)

- ✓ **Richiesta di dieta speciale per intolleranza alimentare**
(la certificazione dovrà essere compilata dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN)

- ✓ **Richiesta di dieta speciale per altre patologie che necessitano di dietoterapia**
(la certificazione dovrà essere compilata dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN sulla base di documentazione redatta da uno Specialista Ospedaliero)