

ISTITUTO "S. DOROTEA"

SCUOLE PARITARIE

PRIMARIA -SECONDARIA DI 1° GRADO

Via F. Corradini, 15 - 36016 THIENE (VI) Tel. e Fax: 0445/380423

<http://www.santadoroteathiene.it/>

e-mail:doroteathiene@libero.it

Thiene 11 settembre 2019

CIRCOLARE N. 13/19

Ai Genitori degli alunni
scuola primaria, sec. 1° grado

e p.c. ai Docenti
loro indirizzo

OGGETTO: richiesta diete speciali per motivi sanitari, ideologici o religiosi a.s. 2019/20.

Si comunica che, a partire dall'anno scolastico 2019/20, le diete speciali per motivi sanitari e per motivi ideologici, etici o religiosi non saranno predisposte dall' Ulss 7.

Il genitore dell'alunno che necessita di una dieta speciale per motivi sanitari dovrà farne richiesta alla segreteria, compilando l'apposito **MODULO A (modulo richiesta) corredato di certificato del medico curante attestante la tipologie di problema e la terapia dietetica, come da MODULO B (esempio di certificato medico)**. Il nostro personale di cucina adeguerà il menù con sostituzione degli alimenti e delle modalità di preparazione.

Si ricorda che le diete per motivi ideologici, etici o religiosi non richiedono alcuna certificazione medica, ma la **semplice richiesta scritta dei genitori**. In caso di semplici esclusioni (es. carne di maiale), le sostituzioni verranno fatte dal personale di cucina, in caso di diete vegane e vegetariane, le sostituzioni dovranno essere fatte da professionisti esperti di alimentazione.

I moduli e le richieste dovranno essere consegnate all' insegnante coordinatore/trice **entro venerdì 13 settembre**.

I moduli sono disponibili in segreteria e nel registro elettronico.

f.to Il Coordinatore didattico
dott. Carlo Maino



6.2.1 MODULO A: Fac simile di MODULO DI RICHIESTA di DIETA SPECIALE per motivi sanitari per il servizio di refezione scolastica (da consegnare al genitore da parte dell'amministrazione comunale o della scuola se privata)

Istruzioni per la riconsegna del modulo

La richiesta, con allegato il certificato del medico curante ed elenco alimenti da escludere dalla dieta, deve essere recapitata all'ufficio competente del Comune di appartenenza della scuola pubblica o all'amministrazione scolastica se si tratta di scuola privata.

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____ genitore o
 esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a _____
 nato/a _____ il _____
 residente in _____ via/piazza _____ n. _____
 tel. abitazione n° _____ tel. Ufficio/cellulare n° _____
 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
---	---	---	---	---

Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico

Colazione	Merenda di metà mattina	Pranzo	Merenda di metà pomeriggio	Cena
-----------	-------------------------	--------	----------------------------	------

CHIEDE

la somministrazione al\alla proprio\la figlio\la 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 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 si allega certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS. 196/2003

desideriamo informarla che il D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dati personali" prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti. Pertanto, ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003, le forniamo le seguenti informazioni:

- 1) i dati da lei forniti verranno trattati per la seguente finalità: somministrazione di dieta speciale o dieta di transizione, adattamento della tabella dietetica del centro cottura, interventi di sorveglianza nutrizionale da parte del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione SIAN della ASL competente per territorio;
- 2) il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale/informalizzato;
- 3) il conferimento dei dati è obbligatorio al fine di predisporre la dieta speciale o la dieta di transizione;
- 4) il diniego a fornire i dati personali e a sottoscrivere il consenso non consentirà di predisporre a suo figlio/a la dieta;
- 5) i dati saranno utilizzati dai dipendenti comunali incaricati del trattamento, dal personale della ditta gestore del servizio di ristorazione presso le scuole, dal personale sanitario del SIAN della ASL competente per territorio;
- 6) il trattamento effettuato su tali dati sensibili sarà compreso nei limiti indicati dal Garante per finalità di carattere istituzionale;
- 7) i dati non saranno oggetto di diffusione;
- 8) in ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003;
- 9) il titolare del trattamento è il Comune di competenza o la scuola privata.

Firma dei genitori o affidatari che esercitano la potestà genitoriale.

1) _____ 2) _____

Data _____

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 Adrenalina 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