

**Oggetto: Richiesta predisposizione Dieta Speciale**

– Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

– La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

in qualità di genitori / esercenti la responsabilità genitoriale di \_\_\_\_\_,  
avvalendosi delle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevoli delle pene stabilite per false attestazioni  
e mendaci dichiarazioni, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000

**Fanno presente che il proprio figlio è affetto da (\*):**

- Intolleranza alimentare
- Allergia alimentare
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)
- Obesità - sovrappeso
- Gastrite, gastroduodenite persistente
- Chetosi transitoria
- Altro

**Fanno presente che il proprio figlio come conseguenza di altre patologie (da specificare) non può assumere i seguenti alimenti (\*):**

- alimento escluso \_\_\_\_\_ sostituito preferibilmente con \_\_\_\_\_
- alimento escluso \_\_\_\_\_ sostituito preferibilmente con \_\_\_\_\_
- alimento escluso \_\_\_\_\_ sostituito preferibilmente con \_\_\_\_\_
- alimento escluso \_\_\_\_\_ sostituito preferibilmente con \_\_\_\_\_

**Fanno presente che il proprio figlio ha necessità di essere sottoposto a dieta sanitaria leggera (\*):**

- Temporanea fino a tre giorni
- Durata di oltre tre giorni

**(\*) Allo scopo allegano certificato medico recente in busta chiusa**

Il certificato medico attestante la patologia (allergia, intolleranza alimentare, malattia metabolica, obesità /sovrappeso, necessità di dieta in bianco oltre i tre giorni, ...) deve essere rilasciato dai Pediatri di libera scelta o dagli Specialisti in allergologia o malattie metaboliche con diagnosi della patologia e prescrizione dettagliata degli alimenti / ingredienti da utilizzare e/o precisa indicazione terapeutica; nel caso di necessità di utilizzo di prodotti dietetici speciali è necessario farlo presente nel medesimo certificato.

**Fanno presente che il proprio figlio per motivi etici o religiosi non può assumere:**

alimento escluso \_\_\_\_\_ sostituito preferibilmente con \_\_\_\_\_

alimento escluso \_\_\_\_\_ sostituito preferibilmente con \_\_\_\_\_

alimento escluso \_\_\_\_\_ sostituito preferibilmente con \_\_\_\_\_

alimento escluso \_\_\_\_\_ sostituito preferibilmente con \_\_\_\_\_

altra documentazione eventualmente allegata:

---

***N.B. La richiesta per le diete speciali va rinnovata annualmente.***

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

---

---

I sottoscritti prendono atto che i dati personali e/o sensibili forniti nel presente modulo e/o i documenti allegati saranno raccolti e trattati nel rispetto delle norme di legge ai soli fini della elaborazione della dieta speciale e dell'adattamento della tabella dietetica del centro cottura.

La dieta speciale sarà spedita al centro cottura ed avrà validità corrispondente a quella del menù.

Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini di predisporre la dieta speciale o la dieta blanda. Il diniego a fornire i dati personali e a sottoscrivere il consenso non consentirà di predisporre la dieta. I dati saranno utilizzati per finalità di carattere istituzionale e non saranno oggetto di diffusione.

Il titolare del trattamento è la ditta incaricata della refezione scolastica individuata dal Comune di Gallipoli. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi del GDPR 679/2016.

I sottoscritti acconsentono che i docenti di classe/ il personale scolastico siano informati della dieta speciale riguardante il/la proprio/a figlio/a.

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

---

---