

Allegato n. 2/ studente



Regione
Lombardia

ASL Milano 2

Logo del Comune

SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA
Richiesta di DIETA SPECIALE STUDENTE

Su indicazione della ASLMI2 – Servizio Igiene Alimenti Nutrizione e Dipartimento Medicina di Base, al fine di consentire al servizio di Ristorazione Scolastica la preparazione di una dieta adeguata alle condizioni di salute di suo figlio è necessario che ci ritorni compilata la presente richiesta.

Il/la sottoscritto/a _____

In qualità di genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola _____

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

Dieta speciale per malattia metabolica

Diabete, **favismo**, **celiachia**, **fenilchetonuria**, **glicogenosi**

✓ **In caso di primo anno in cui viene richiesta:** la presente domanda dovrà essere corredata da Certificazione medica rilasciata da un Centro Specialistico o dal medico curante.

✓ **In caso di richiesta per gli anni diversi dal primo:** Non è necessario presentare il certificato medico.

Dieta per Allergie o Intolleranze alimentari ⁽¹⁾:

la presente richiesta dovrà **necessariamente** essere corredata da:

- **certificato medico rilasciato da un Centro specialistico o dal Pediatra di Libera Scelta Medico di Medicina Generale del SSN**

- **test allergologici**

- **indicazioni chiare rispetto a quali alimenti o preparazioni alimentari andranno esclusi dal piano dietetico.**

(1)E' necessario presentare una CERTIFICAZIONE CHIARA E DETTAGLIATA:

La diagnosi deve essere comprovata dall'esecuzione delle seguenti procedura diagnostiche essenziali scientificamente validate:

- 1 Documentazione clinica delle sintomatologia causata dal contatto con l'alimento, del tempo intercorso tra assunzione dell'alimento stesso e comparsa dei sintomi da reazione anafilattica;
- 2 Test allergologico in vivo (SPT, prick by prick con alimento fresco, eventuali intradermoreazioni) positivo concordante per il sospetto diagnostico;
- 3 Test allergologico in vitro (dosaggio IgE specifiche – metodo quantitativo) positivo concordante con il sospetto diagnostico;
- 4 TPO (test di provocazione orale) positivo con l'alimento eliminato dalla dieta per un congruo periodi di tempo.

Si precisa che i seguenti test, non avendo delle evidenze scientifiche di validità **non saranno considerati validi al fine della completezza della documentazione:**

- analisi del capello,
- Vega-test,
- Dria – test
- test Citotossico
- tutti i test diversi da quelli elencati dal punto (1) al punto (4) riportati sopra

Recapito per eventuali comunicazioni:

Cognome e nome: _____

Tel \ Cell: _____

Via: _____

Comune: _____

Consapevole che la richiesta è subordinata al trattamento dei dati personali e sensibili, dichiaro di aver preso visione dell'informativa predisposta dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 allegato alla presente, ed in qualità di interessato (art.23 del citato D. Lgs. 196/2003) presto il mio consenso ed autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati nella suddetta informativa

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

Gentile Signore/a,

desideriamo informarla che il D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei 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:

- i dati da lei forniti verranno trattati per la seguente finalità: somministrazione di dieta speciale , adattamento della tabella dietetica del centro cottura, interventi di sorveglianza nutrizionale da parte dell'ASL Milano 2;
- il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale/informatizzato;
- il conferimento dei dati è obbligatorio al fine di predisporre la dieta speciale;
- il diniego a fornire i dati personali e a sottoscrivere il consenso non consentirà di predisporre a suo figlio\la la dieta;
- i dati saranno utilizzati dai dipendenti dell'ufficio servizi scolastici incaricati del trattamento, dal personale della ditta gestore del servizio di ristorazione presso le scuole, dal personale sanitario dell'ASL Milano 2;
- il trattamento effettuato su tali dati sensibili sarà ricompreso nei limiti indicati dal Garante per finalità di carattere istituzionale;
- i dati non saranno oggetto di diffusione;
- in ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003;
- il titolare del trattamento è il Comune di _____ sede in _____

data

Firma