



Comune/Cliente: _____

Il sottoscritto _____

Genitore di/o di chi ne fa le veci (nel caso di un minore) _____

Nr. Telefono/Cellulare _____ Email _____

Dati dell'alunno/adulto che usufruisce del pasto:

Codice fiscale _____ Residente a _____

Provincia di _____ Indirizzo civico _____

Scuola di riferimento _____

NIDO INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA I GRADO SECONDARIA II GRADO

Nome plesso scolastico: _____ Classe: _____ Sezione: _____

Giorni fruizione servizio mensa: Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì Sabato

1. Richiede per l'alunno/per se stesso, nell'A.S. 20..-20.., la produzione di una DIETA SPECIALE per:

intolleranza alimentare (precisare alimento/i che generano intolleranza): _____

allergia alimentare (precisare alimento/i che generano allergia): _____

malattia metabolica (specificare la malattia; es. diabete, ecc...): _____

altra patologia (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi comportamento alimentare, altro): _____

motivazione etico-religiosa (indicare la tipologia di dieta):

DIETA VEGETARIANA DIETA VEGANA DIETA SENZA CARNE

2. Nell'ambito della corretta gestione di tutte le diete speciali, per garantire un presidio ulteriore nelle situazioni più gravi, dichiara, allo stato delle proprie conoscenze, che la dieta richiesta è da considerarsi:

"pericolosa per la vita", cioè il cui non rispetto è a rischio vita e/o causa di gravi effetti per la salute, esempio shock anafilattico.

"NON pericoloso per la vita", cioè il cui non rispetto NON è a rischio vita.

3. Allega certificato medico in originale o in copia (non necessario per diete etico-religiose)

Si accettano solo certificati di **SPECIALISTI**, quali pediatri di base (per minori)/medici di base (per adulti), specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche; certificati rilasciati da figure professionali diversi da quelli indicati non saranno accettati. Al fine di poter formulare una dieta idonea i certificati devono contenere le seguenti indicazioni: la **lista degli ingredienti/allergeni non consentiti** (allergia, intolleranza) e/o la descrizione dettagliata della **patologia** con la specifica degli **alimenti non concessi** e/o eventuali **specifiche bromatologiche** del pasto consumato in mensa. Tale richiesta di dieta speciale è valida solo per l'anno scolastico in corso e per eventuali centri estivi gestiti da Markas Srl. Il certificato medico dovrà essere **rinnovato annualmente**. Per le sole patologie croniche (p.e. diabete tipo I, celiachia, favismo ecc.) si accetterà un'autocertificazione di continuità da parte del richiedente per gli anni successivi. Per le **diete in bianco** giornaliere, che hanno durata NON superiore ai 5 giorni o indicazioni specifiche da contratto, non sarà necessaria alcuna certificazione ma un'autodichiarazione del richiedente.

Al fine di tutelare al massimo gli utenti con dieta speciale, non vengono accettate modifiche della dieta (integrazioni e/o restrizioni) comunicate verbalmente o sottoscritte in forma di autocertificazione, né da parte degli insegnanti, né da parte dei genitori o chi ne fa le veci. Per le sospensioni della dieta è necessario il certificato medico o in mancanza una autocertificazione scritta dal richiedente.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 679/16

Il sottoscritto _____

in qualità di genitore/o chi ne fa le veci (nel caso di un minore) di _____

è consapevole che ai sensi dell'art. 9 del Reg. UE 679/16 "GDPR" i dati personali - e nel caso concreto le categorie particolari di dati personali - contenuti nel presente documento sono da sé volontariamente forniti a Markas Srl che si impegna al trattamento degli stessi esclusivamente ai fini della tutela della salute dell'interessato, e nel rispetto delle convinzioni etico-religiose dello stesso. Markas Srl garantisce la sicurezza e riservatezza del relativo trattamento.

Data _____ Firma _____