

DOMANDA DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA

Data Presentazione _____

AL DIRIGENTE
DEL SETTORE SERVIZI AL CITTADINO
DEL COMUNE DI CASTELFRANCO EMILIA

IL/La sottoscritt _____ residente a _____
(COGNOME E NOME RICHIEDENTE)

in Via _____ tel. / cell. _____

e-mail _____ in qualità di:

- Genitore
 Tutore con disposizione del Tribunale di _____ n. _____ del _____
 Affidatario
 Diretto interessato (per personale scolastico)

dell'alunno _____ nato a _____ il _____
(COGNOME E NOME)

iscritto/a nell'a.s. e a.e. 2019/2020

- NIDO _____ Sez. _____
 INFANZIA _____ Sez. _____
 PRIMARIA _____ Classe _____ Sez. _____

RICHIEDE

Una dieta priva dei seguenti alimenti:

Per uno dei seguenti motivi:

Affetto da patologia cronica che prevede esclusione **permanente** di alimenti dalla dieta (Precisare se l'alimento da escludere debba essere escluso se presente come "**tale**" (es. "latte fresco") e/o se presente come "**ingrediente**" (es. "latte all'interno delle preparazioni") e/o se presente come "**contaminante**" ("indicazione in etichetta di possibile presenza di es. latte in tracce/nello stabilimento di produzione" - In assenza di questa specifica, l'alimento verrà escluso anche nei casi in cui è presente come "**contaminante**") _____

Soggetto **allergico /intollerante** o con quadro clinico indicativo della necessità di escludere gli alimenti sopra elencati. (Precisare se l'alimento da escludere debba essere escluso se presente come "**tale**" (es. "latte fresco") e/o se presente come "**ingrediente**" (es. "latte all'interno delle preparazioni") e/o se presente come "**contaminante**" ("indicazione in etichetta di possibile presenza di es. latte in tracce/nello stabilimento di produzione" - In assenza di questa specifica, l'alimento verrà escluso anche nei casi in cui è presente come "**contaminante**") _____

La patologia presenta possibili gravi effetti per la salute (Shock anafilattico/Ricovero ospedaliero ecc...)

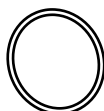
La dieta deve essere seguita per (**indicare il periodo**) _____

La dieta deve essere seguita per **TUTTO IL PERCORSO SCOLASTICO**

TIMBRO E FIRMA DEL PEDIATRA _____

Data di compilazione ____/____/____

(COGNOME E NOME RICHIEDENTE)



(Timbro e Firma Addetto ricezione) _____

N.B. IL PRESENTE MODULO DI RICHIESTA, COMPILATO, va consegnato allo Sportello del Cittadino o in alternativa via e-mail: ufficioscuola@comune.castelfranco-emilia.mo.it

Segue informativa privacy con firma richiedente per consenso ./.

**Clausola informativa privacy e acquisizione del consenso per il trattamento di dati personali
ai fini di richiesta di elaborazione di diete speciali**

Informativa sull'uso dei dati personali e sui diritti del dichiarante

Gentile Sig.ra / Sig.re,

Ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 ("Regolamento"), e in relazione ai dati personali che riguardano direttamente Lei o l'eventuale minore di età sottoposto alla sua potestà genitoriale, e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo, in quanto Interessati al trattamento, di quanto segue:

Finalità del trattamento dei dati: il trattamento è diretto all'espletamento da parte del Comune di Castelfranco e di CAMST Soc. Coop. a. r. l., quest'ultima nella veste di Responsabile Esterno del Trattamento, delle funzioni derivanti da compiti attribuiti loro dalla legge, regolamenti, capitolato e contratto di concessione del servizio di ristorazione. A tal fine, le sono richiesti i dati contenuti nel presente modulo e, nello svolgimento del servizio in suo favore, eventuali ulteriori dati anche di natura sensibile (diete particolari connesse ad uno stato di salute dell'utente).

Modalità di trattamento e tempo di conservazione dei dati: è effettuato manualmente e/o con l'ausilio di mezzi informatici e telematici. Il Titolare avrà cura di utilizzare i dati per le finalità indicate nella presente informativa per tutto il tempo di durata del servizio in suo favore e anche successivamente se norme specifiche prevedono tempi di conservazione differenti. In ogni caso il Titolare adotterà ogni cura per evitare un utilizzo dei dati stessi a tempo indeterminato.

Conferimento dei dati: è necessario per l'interessato che voglia ottenere il servizio di ristorazione scolastica;

Rifiuto di conferire i dati: il rifiuto, da parte sua, di conferire i dati personali suoi e/o del minore di età, **comporta l'impossibilità di fornire il servizio.**

Comunicazione dei dati: i dati personali vengono comunicati dal Titolare, nei casi e nei modi previsti dalla legge e/o regolamenti, a CAMST Soc. Coop. a r.l e all'azienda gestore del sistema di informatizzazione.

Titolare del Trattamento: Comune di Castelfranco, Circondaria Sud n. 20, Castelfranco (MO)

Responsabile Esterno del Trattamento: CAMST Soc. Coop a r. l. con sede in via Tosarelli, 318 – Fraz. Villanova – 40055 Castenaso (BO).

Il **Responsabile della protezione dei dati/Data protection officer** (RDP/DPO) di cui all'art. 37 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE è:

Lepida S.p.A.

Via della Liberazione 15, IT-40128, Bologna

email segreteria@lepida.it dpo-team@lepida.it

pec segreteria@pec.lepida.it

Tel. 0516338800 - 0516338860

Diritti dell'interessato: gli interessati hanno il diritto di chiedere al **Titolare del Trattamento** l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). L'apposita richiesta può essere presentata rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della Protezione dei Dati del Titolare, se nominato, presso la sede del Titolare sopra indicata o telefonando al seguente numero: 059 959382/74/73. Gli interessati, ricorrendone i presupposti, hanno altresì il diritto di proporre reclamo al Garante quale autorità di controllo secondo le procedure previste.

Il Titolare comunicherà ai soggetti a cui sono comunicati i suoi dati le sue richieste di rettifica, cancellazione o limitazione del trattamento, a meno che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato. L'esercizio dei diritti non è soggetto ad alcun vincolo di forma ed è gratuito.

Consenso al trattamento dei dati: con la sottoscrizione dell'accettazione al trattamento dei dati personali presenti nei moduli di iscrizione al servizio di ristorazione scolastica, Ella prende atto della presente informativa e presta, pertanto, il proprio consenso alla comunicazione dei dati personali suoi e del minore, anche di natura sensibile a CAMST Soc. Coop a r. l., alle Istituzioni Scolastiche, alla Società che gestisce l'informatizzazione per la finalità di erogare il servizio richiesto.

Comune di Castelfranco

Data: _____

Firma del richiedente per accettazione: _____