

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

(per minori) ☐ in qualità di genitore/tutore di

UTENTE DELLA DIETA

COGNOME _____

NOME _____

NATO/A IL ____/____/____ **CLASSE** _____

PERO ☐ nido ☐ infanzia Cerchiate ☐ infanzia Pero ☐ primaria Cerchiate ☐ primaria Pero ☐ secondaria

SETTIMO ☐ nido Buoizzi ☐ nido Vighignolo ☐ nido Pertini

☐ infanzia Seguro ☐ infanzia Settimo ➤ prolungamento orario sì ☐ no ☐

☐ primaria Seguro ☐ primaria Grigia ☐ primaria Rossa ☐ primaria Vighignolo ☐ secondaria

☐ altro _____

CELLULARE CONTATTO _____ **E-MAIL** _____

CHIEDE per il periodo ☐ intero anno scolastico oppure dal _____ al _____

nei giorni: ☐ tutti i gg oppure ☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì

la somministrazione della seguente dieta

►PER MOTIVI DI SALUTE (dieta sanitaria)

a. Patologie croniche Richiesta valida per un ciclo scolastico (infanzia, primaria, secondaria)

☐ celiachia ☐ obesità/sovrappeso ☐ favismo ☐ altra patologia cronica
☐ diabete ☐ fenilchetonuria ☐ allergia al nichel _____

b. Diete a esclusione con protocollo diagnostico Richiesta valida esclusivamente per l'anno scolastico in corso

☐ _____

A tal fine allega certificazione medica (vedi sotto)

►PER MOTIVI ETICO-RELIGIOSI Richiesta valida per un ciclo scolastico (infanzia, primaria, secondaria)

Con esclusione: ☐ carne suino ☐ carne bovino ☐ tutte le carni (pesce ammesso) ☐ vegetariana ☐ vegana

AL RIGUARDO SOTTOSCRIVE E ACCETTA IL SEGUENTE REGOLAMENTO

- La consegna delle richieste di dieta e certificati medici è prevista esclusivamente:
 - VIA E-MAIL a ufficio.scuola@settimopero.it
 - presso Ufficio Scuola di piazza Degli Eroi 4 (lato sinistro edificio comunale), Settimo Milanese, da lun a ven 8.30-13.00;
 - presso Direzioni dei nidi (per i soli utenti del nido).
- La richiesta deve essere consegnata con anticipo di almeno 5 giorni sulla data di inizio dieta e comunque prima dell'inizio di ogni anno scolastico completa della certificazione medica.
- La richiesta e il certificato medico delle PATOLOGIE CRONICHE (celiachia, diabete ecc) e la richiesta per le DIETE ETICO-RELIGIOSE hanno **validità di un ciclo scolastico** (infanzia, primaria, secondaria) e vanno ripresentate solo all'inizio del nuovo ciclo.
- La richiesta e il certificato medico delle DIETE SANITARIE (esclusi casi cronici) hanno **validità di un anno** o del periodo indicato sul modulo. Devono essere ripresentate a inizio di ogni anno scolastico e/o a ogni scadenza se prolungate.
- Il **certificato medico** è obbligatorio per le diete sanitarie e deve riportare precise indicazioni su alimenti da escludere, eventuali eccezioni, motivo della dieta, durata della dieta, eventuale tabella personalizzata con grammature.

DATA _____ FIRMA _____

Acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679, acconsento al trattamento dei dati personali, dichiarando di avere avuto conoscenza che i dati rientrano nel novero dei "dati particolari" del citato Regolamento e che titolare del trattamento è SettimoPero Welfood nella figura responsabile dell'amministratore. Al fine della opportuna gestione della dieta speciale, autorizzo SettimoPero Welfood a trasmettere i dati necessari al buon esito del servizio al personale scolastico incaricato di sorvegliare la corretta somministrazione della dieta stessa. Mi impegno a informare tempestivamente il personale docente della classe dell'attivazione della dieta, indicandone la tipologia e la data di inizio menu speciale.

DATA _____ FIRMA _____