



(modulo A)

FAC-SIMILE

**RICHIESTA DI VARIAZIONE MENU' SCOLASTICO  
PER INTOLLERANZA / ALLERGIA ALIMENTARE / ALTRA PATOLOGIA**

Io sottoscritto/a .....

genitore/tutore del bambino/a .....

nato/a ..... il .....

residente nel Comune di .....

Via ..... N° .....

N° telefono ..... N° cellulare .....

E - mail .....

iscritto alla scuola ..... classe .....

nel Comune di .....

usufruisce del servizio mensa nei seguenti giorni: (specificare)

- |                                  |                                  |   |
|----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> lunedì  | <input type="checkbox"/> martedì | <input type="checkbox"/> mercoledì      |
| <input type="checkbox"/> giovedì | <input type="checkbox"/> venerdì | <input type="checkbox"/> tutti i giorni |

**CHIEDO**

che vengano apportate modifiche al menù in vigore nella scuola sopra citata per l'anno scolastico .....

**ALLEGO**

la certificazione medica nel rispetto delle indicazioni riportate sul retro.

**Informativa breve sul trattamento dei dati personali:** nel compilare questo modulo si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 per gli adempimenti correlati alla procedura in oggetto. I dati, il cui conferimento è obbligatorio, verranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Sono fatti salvi, in ogni caso, i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE 2016/679  
I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679. L'informativa completa relativa al trattamento dei dati è conservata presso la sede dell' Azienda ASL VCO ed è consultabile dal sito web dell'ente all'indirizzo [www.aslvco.it](http://www.aslvco.it) nella sezione "dati personali".

Data .....

Firma .....

**N.B. Il presente modulo va compilato in tutte le sue parti e restituito al Responsabile delle mense scolastiche del comune / dell'istituto, che provvederà a inviarlo all'ASL VCO - SIAN - Area Nutrizione, per gli opportuni provvedimenti.**

## TIPOLOGIE DI CERTIFICAZIONE MEDICA:

- ✓ **Richiesta di dieta speciale per allergia alimentare accertata**  
(la certificazione dovrà essere compilata da un Medico di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia *oppure in alternativa* dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN solo sulla base di documentazione redatta da una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia)
  
- ✓ **Richiesta temporanea di dieta speciale per sospetta allergia alimentare**  
(la certificazione dovrà essere compilata dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN o da un Medico di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia)
  
- ✓ **Richiesta di dieta speciale per intolleranza alimentare**  
(la certificazione dovrà essere compilata dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN)
  
- ✓ **Richiesta di dieta speciale per altre patologie che necessitano di dietoterapia**  
(la certificazione dovrà essere compilata dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN sulla base di documentazione redatta da uno Specialista Ospedaliero)