Per informazioni e chiarimenti

T +39 045 8051364
+39 045 8051302
@ dietespeciali@agec.it

Inoltro documentazione diete speciali

AGEC Ristorazione – Eventi
Via San Cristoforo, 2
37129 Verona

Agec Ristorazione – Eventi

IL MODELLO DEVE ESSERE DEBITAMENTE **SOTTOSCRITTO AL PUNTO C**

RICHIESTA **DIETA SPECIALE** PER ALUNNI

Il/la sottoscritto/a genitore/tutore (cognome e nome in stampatello)

Dell'alunno/a (cognome e nome in stampatello)

Codice Fiscale dell'alunno/a

Data di nascita dell'alunno/a (gg/mm/aaaa)

Iscritto per l'anno scolastico 20____/20____ alla classe _____ sez. _____, presso la scuola:

- ▢ NIDO
- ▢ INFANZIA
- ▢ PRIMARIA
- ▢ SECONDARIA DI 1° GRADO

Nome scuola

Giorni di rientro: ▢ **lunedì** ▢ **martedì** ▢ **mercoledì** ▢ **giovedì** ▢ **venerdì**

Dati necessari per la conferma dell'attivazione della dieta

Telefono cellulare

Telefono fisso

E-mail

Indirizzo (via, nr civico, CAP, Comune)

SEZIONE 1 da compilare a cura del genitore/tutore

CHIEDE

di somministrare al proprio figlio/a, per motivi di salute, il pasto nel rispetto della prescrizione medica allegata.
(N.B. L'onere della certificazione è a carico dell'utente).

Informativa richiesta dieta speciale per motivi di salute

Modalità erogazione dieta speciale
Il Servizio di Ristorazione Scolastica dà la possibilità di usufruire di dieta speciale per motivi di salute solo nel caso di **patologie certificate dal pediatra o dal medico curante**.
Per poter beneficiare di tale servizio è necessario che i genitori/tutori degli alunni presentino ad Agec il presente modello compilato in ogni sua parte e costituito da due sezioni:
Sezione 1. "**Richiesta dieta speciale**" la cui compilazione deve essere effettuata da parte del genitore/tutore che richiede la dieta speciale.
Sezione 2. "**Certificato medico**" compilato dal pediatra o dal medico curante con l'indicazione della patologia e degli alimenti che devono essere esclusi dalla dieta scolastica ovvero indicando uno dei menù per diete speciali validati dal SIAN ULSS 9 SCALIGERA per le tipologie più ricorrenti (i menù in vigore sono consultabili dettagliatamente sul sito www.agec.it). La documentazione presentata viene considerata valida per tutto il ciclo scolastico (nido, infanzia, primaria, secondaria); in caso di patologia temporanea deve essere compilato il campo indicante la validità del certificato.
Eventuali successive richieste di variazione della dieta dovranno essere presentate per iscritto e dovranno essere convalidate da una nuova certificazione medica utilizzando il presente modulo.

Tempistica erogazione dieta speciale per motivi di salute
La somministrazione della dieta verrà attivata entro pochi giorni dalla presentazione del presente modulo se correttamente compilato. Si raccomanda di comunicare tempestivamente ad Agec eventuali variazioni (dati personali, modifica rientri, trasferimento/ritiro).

Informativa sul trattamento dei dati personali (artt. 13 e 14 RGPD)
Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (RGPD), il/la sottoscritto/a è informato/a che:
a) Titolare del trattamento dei dati è AGEC, e-mail: infoagec@agec.it ; tel. +39 045 8051311. Referente per il trattamento dei dati è il Dirigente dell'Area Ristorazione di AGEC;
b) i dati personali raccolti mediante il modulo, e gli ulteriori dati che eventualmente comunicherà, saranno trattati per finalità strettamente correlate alla prestazione dei servizi di refezione scolastica e per ogni attività funzionale ai servizi medesimi (elaborazione di diete speciali, ecc.);
c) per il trattamento dei dati di natura "particolare" ("sensibile") la base giuridica è il consenso esplicito del/la sottoscritto/a;
d) il conferimento dei dati personali è obbligatorio; in caso di rifiuto la conseguenza sarà l'impossibilità di somministrare i pasti sulla base di diete speciali necessarie per motivi di salute;
e) i dati saranno trattati per il tempo necessario per fornire il servizio richiesto dal/la sottoscritto/a e conservati per il tempo necessario a mantenere la prova documentale del corretto adempimento contrattuale e, in caso di contenzioso, per la durata del medesimo;
f) i dati saranno comunicati al Comune di Verona (Direzione politiche scolastiche), al Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione dell'ULSS 9 Scaligera, ai NAS, a dipendenti e ausiliari di AGEC espressamente autorizzati, a operatori economici affidatari di attività esternalizzate (ad es.: l'impresa produttrice dei pasti, l'impresa fornitrice della piattaforma per diete speciali, ecc.);
g) il/la sottoscritto/a può revocare il consenso in qualsiasi momento, esercitare i diritti previsti agli articoli da 15 a 21 del RGPD e proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali;
h) per i dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), l'esercizio dei diritti di cui agli artt. da 15 a 21 del RGPD e altre informazioni è possibile visionare l'Informativa "generale" della Refezione Scolastica visionabile nel sito di AGEC "Ristorazione–Eventi", sotto la voce "Privacy", al seguente link: https://www.agec.it/IT/Agec-Ristorazione-Eventi/Cosa-facciamo/Privacy.html.

Il/la sottoscritto/a, letta la sopra estesa informativa, autorizza il trattamento dei dati personali di cui trattasi, per le finalità sopra esplicitate e nei limiti previsti dalle vigenti norme.

C

Data ___/___/_____ Firma _____

Certificato per dieta speciale ai fini della ristorazione scolastica

Data (gg/mm/aaaa) ___/___/_____

Si certifica che l'alunno/a (cognome e nome in stampatello)
_____

Nato/a a
_____

Il (gg/mm/aaaa) ___/___/_____

Presenta:

- ☐ **ALLERGIA ALIMENTARE** (specificare: _____)
- ☐ **INTOLLERANZA ALIMENTARE** (specificare: _____)
- ☐ **CELIACHIA**
- ☐ **MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO** (specificare: _____)
- ☐ **Altro** _____

POSSIBILITÀ DI REAZIONI GRAVI ☐ **SÌ** ☐ **NO**

Si chiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:

_____
_____
_____
_____

Ovvero si richiede l'applicazione del seguente menù:

- ☐ **Menù con esclusione di glutine.**
- ☐ **Menù con esclusione di latte e derivati.**
- ☐ **Menù con esclusione di uova e derivati.**
- ☐ **Menù con esclusione di legumi.**
- ☐ **Menù con esclusione di fave.**
- ☐ **Altro** _____

Tale richiesta deve intendersi valida per il seguente periodo:

PATOLOGIE PERMANENTI

- ☐ **Intero ciclo scolastico.**

PATOLOGIE TEMPORANEE

- ☐ **Dal** _____ **al** _____

Timbro e firma del medico curante o del pediatra di libera scelta _____