

Al Dirigente Scolastico
Della Scuola Paritaria Maestre Pie Venerini
Soc.coop. soc. arl ONLUS
Marino (RM)

Oggetto: Comunicazione intolleranze /allergie/malattie metaboliche

Il/La sottoscritto/a _____
residente in via _____ n. _____ n. _____ città _____
_____ recapito telefonico. _____
genitore dell'alunno/a _____ nato/a _____ a _____
_____ il _____ f _____
requantante per l'anno scolastico 20__/20__ l'Istituto Scolastico [] scuola infanzia [] scuola
primaria sezione/classe _____

Fa presente che il proprio figlio è affetto da:

- Intolleranza alimentare.....
- Allergia alimentare.....
- Altro.....

C h i e d e

- che al/alla proprio/a figlio/a vengano somministrati pasti alternativi rispetto a quelli previsti nel menù stabilito

[] Allo scopo allega certificato medico recente recentemente rilasciato dai MMG, Pediatri di libera scelta o dagli Specialisti in allergologia o malattie metaboliche con diagnosi della patologia e prescrizione dettagliata degli alimenti / ingredienti da utilizzare e/o precisa indicazione terapeutica; nel caso di necessità di utilizzo di prodotti dietetici speciali è necessario farlo presente nel medesimo certificato.

Data _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a prende atto che, in riferimento al R.E. 679/2016 (Privacy), i dati personali e/o sensibili forniti nel presente modulo e/o i documenti allegati saranno oggetto di trattamento ai soli fini dell'organizzazione del servizio di refezione scolastica Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini di predisporre la corretta erogazione del servizio per gli alunni allergici o intolleranti. I dati saranno utilizzati per finalità di carattere istituzionale e non saranno oggetto di diffusione. Il titolare del trattamento è l'Istituto Paritario Maestre Pie Venerini nella persona del Dirigente Scolastico. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi del R.E. 279/2016.

Data _____

Firma _____