

COMUNE DI FIRENZE

**DIREZIONE ISTRUZIONE – P.O.MENSE E REFEZIONE SCOLASTICA-TRASPORTI**

**A.S. 2022/2023**

**RICHIESTA DIETA PER MOTIVI DI SALUTE**

I sottoscritti (entrambi i genitori).....

.....

telefono n. ....

genitori del/della bambino/a.....

della scuola.....classe.....sezione.....

richiedono **LA DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE** per il loro figlio/a.

**Si allega il certificato medico rilasciato dal medico/pediatra di base attestante dettagliatamente gli ALIMENTI DA ESCLUDERE DALL'ALIMENTAZIONE QUOTIDIANA** presso la refezione scolastica.

*N.B. La presente richiesta si ritiene valida per tutto l'anno educativo indicato; in caso di celiachia o di patologie croniche (es. diabete, favismo, fenilchetonuria, ecc.) il certificato medico è da ritenersi valido per l'intero ciclo educativo. Il/la sottoscritto/a si impegna a presentare nuova certificazione medica in caso di interruzione della dieta speciale o in caso di eventuali modifiche intervenute.*

**Il modulo ed il certificato medico devono essere inviati al centro di cottura di riferimento consultabile al link <https://educazione.comune.fi.it/pagina/mensa>**

Firma di entrambi i genitori.....

Data.....

**Trattamento di dati personali ai fini di somministrazione delle diete speciali:**

I richiedenti dichiarano fin da ora di essere informati che ai sensi degli art. 13 – 14 del GDPR 2016/679 (consultabili al link: <https://educazione.comune.fi.it/pagina/mensa>) i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e comunicati alla Direzione Istruzione – P.O.Mense e refezione scolastica-Trasporti e contestualmente al Centro Cottura di riferimento, gestito da società in appalto con il Comune di Firenze.

**Firma di entrambi i genitori.....**

Data.....

***FAC-Simile di CERTIFICAZIONE***

***(da rilasciare a cura del pediatra/medico di base su carta intestata del medico e debitamente firmata e timbrata)***

Certifico che il/la bambino/a .....

nato/a ..... prov (...) il ..... è affetto/a da

.....

e pertanto **NON PUÒ ASSUMERE IL/I SEGUENTE/I ALIMENTO/I:**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Tale disposizione è necessaria ed indispensabile per la salute del/la paziente per il periodo da.....al.....

DATA .....

Timbro e firma del Pediatra/ Medico di base

\_\_\_\_\_