

Spett.le ATS della Brianza  
Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria  
UOC Igiene degli Alimenti e Nutrizione  
UOS di .....  
Via.....  
Mail

## **RICHIESTA DI DIETA SPECIALE IN RISTORAZIONE COLLETTIVA PER MOTIVI DI SALUTE**

### **SPAZIO RISERVATO ALLA FAMIGLIA DELL'ALUNNO**

**Cognome** ..... **Nome** ..... **Età** .....

Classe frequentata ..... Scuola e Comune .....

Indirizzo e Tel. scuola.....

Descrizione del problema di salute presentato dal bambino e/o del motivo per cui viene inoltrata la richiesta di Dieta Speciale .....

Prescrizioni dietetico-terapeutiche formulate dal medico curante e specificazione degli ingredienti e/o delle preparazioni che l'alunno non deve consumare .....

.....

**Numero di telefono cellulare dei genitori per eventuale richiesta di chiarimenti di tipo sanitario**  
.....

### **SPAZIO RISERVATO ALL'ENTE RICHIEDENTE LA DIETA SPECIALE**

Il sottoscritto .....

Responsabile del Servizio ristorazione scolastica del Comune di .....

Dirigente Scolastico della scuola .....

Responsabile della Ditta di Ristorazione .....

Rintracciabile ai seguenti riferimenti. Indirizzo, e-mail, telefono .....

.....

**CHIEDE** che venga elaborata/predisposta la Dieta Speciale per motivi di salute per l'alunno/a di cui sopra sulla base dei dati e degli allegati forniti con il presente modulo.

**ALLEGATI OBBLIGATORI ALLA PRESENTE RICHIESTA DI VALUTAZIONE**  
**(la loro mancanza non consente l'evasione della richiesta)**

1) Attestazione di pagamento dei diritti sanitari  
2) Firma della liberatoria per la privacy/consenso al trattamento dei dati (nella parte riservata alla famiglia)  
3) Certificato medico (con eventuali Accertamenti diagnostici e Prescrizioni dietetico-terapeutiche)  
4) Menù della scuola con Ricettario e ingredienti delle preparazioni

**Indirizzo/e-mail a cui inviare la risposta + numero di telefono:**  
.....

Data ..... Firma del richiedente .....

**“Codice in materia di protezione dei dati personali”  
Informativa ai sensi del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (art. 13)**

Gentile signore/a, la normativa sulla privacy richiede che Lei esprima il suo consenso al trattamento dei dati personali, sensibili, giudiziari, da Lei forniti con la presente segnalazione.

A tal fine la informiamo che i dati da Lei forniti:

1. saranno utilizzati da dipendenti di questa Asl, sia responsabili sia incaricati del trattamento dei dati, nell'ambito delle proprie competenze;
2. saranno trattati mediante strumenti manuali, informatici e telematici nel pieno rispetto di quanto previsto dal d.lgs. 196/03 e in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi;
3. saranno utilizzati per la seguente finalità: gestione amministrativa delle segnalazioni (art. 73, comma 2, lettera g) del D.lgs. 196/03). Questi dati saranno conservati in un archivio, protetti da sottrazione o alterazione mediante appositi sistemi di gestione e di archiviazione;
4. non saranno comunicati ad altri soggetti, se non chiedendoLe espressamente il consenso.

Si comunica inoltre che:

1. il conferimento dei dati è facoltativo e il loro eventuale mancato conferimento non precluderà la gestione del reclamo;
2. il titolare del trattamento è **ATS della Brianza con sede in Monza viale Elvezia 2**;
3. il responsabile del trattamento è: il Direttore Generale;
4. l'art. 7 del d.lgs. 196/03, che per Sua comodità di seguito riportiamo, Le riconosce alcuni diritti in ordine al trattamento.

**Art. 7 - DIRITTI DELL'INTERESSATO**

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge ...
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Preso atto dell'Informativa di cui sopra, fornitami ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/93,

io sottoscritto .....  
nato a ..... il .....  
residente a .....

**ESPRIMO IL MIO CONSENSO**

al trattamento dei miei dati personali, sensibili e giudiziari, esclusivamente ai fini della gestione amministrativa delle segnalazioni pervenute nell'ambito delle funzioni attribuite al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria della ATS della Brianza.

Data .....

**FIRMA leggibile**

\_\_\_\_\_