

**MODULO DI RICHIESTA DIETA SPECIALE
PER IL SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA**

Il/la sottoscritto/a
Codice fiscale
Recapito telefonico
Genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale del minore per cui si richiede dieta speciale
(cognome e nome del minore)
Nato/a a il
Residente in
Via.....n. CAP
Che frequenta la Scuola
Classe Sez. per l'anno scolastico

RICHIEDE

(selezionare la prestazione richiesta barrando l'apposito spazio)

Dieta Speciale per motivi di salute: **allergia o intolleranza alimentare**

a tal fine si allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- Informativa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 firmata dal genitore
- Copia di un Documento d'identità

Dieta Speciale per motivi di salute: **celiachia**

a tal fine si allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi
- Informativa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 firmata dal genitore
- Copia di un Documento d'identità

Dieta Speciale per motivi di salute: **altre condizioni permanenti**

a tal fine si allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- Informativa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 firmata dal genitore
- Copia di un Documento d'identità

Dieta Speciale per **motivi etico-religiosi**

a tal fine si allega:

- Informativa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 firmata dal genitore
- Copia di un Documento d'identità

Il/la bambino/a è presente in mensa nei seguenti giorni	L	M	M	G	V	S

Data

Firma del genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale

.....

CERTIFICATO MEDICO PER RICHIESTA DIETA SPECIALE SCOLASTICA

Si certifica che il bambino/a

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____

Presenta

☐ ALLERGIA ALIMENTARE

possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina autoiniettabile: SI ☐ NO ☐

☐ INTOLLERANZA ALIMENTARE (specificare) _____

☐ CELIACHIA (specificare) _____

☐ MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO (specificare) _____

☐ ALTRA PATOLOGIA (specificare) _____

Si richiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI :

Durata della dieta speciale:

☐ intero ciclo scolastico (solo per patologia cronica)

☐ intero anno scolastico

☐ fino al (data) _____

Data _____

Timbro e firma del Medico

Dr. (cognome e nome): _____

Recapito telefonico: _____



www.asl.pe.it

REGIONE ABRUZZO – ASL 03 PESCARA

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER
FINALITA' DI TRATTAMENTO SANITARIO
ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 679/2016**

**ATTIVITÀ DI TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI DELL'UNITÀ OPERATIVA
COMPLESSA SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE (SIAN)**

“RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MINORE”

Gentile genitore,

al fine di fornirLe tutte le informazioni di cui all' articolo 13, le comunicazioni di cui agli articoli da 15 a 22 e all'articolo 34 del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – di seguito Regolamento) di cui potrà prendere visione al sito del Garante per la Protezione dei Dati Personali <http://www.garanteprivacy.it/regolamentoue>. La informiamo che i dati personali e quelli appartenenti a categorie particolari (art. 9 del Regolamento) che riguardano suo figlio/a e da Lei forniti, o acquisiti attraverso certificazioni mediche nel corso di accertamenti o visite o da altre fonti, saranno trattati nel rispetto del Regolamento e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuta la ASL di Pescara.

1 ESTREMI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI E DATI DI CONTATTO

Il Titolare del trattamento dei dati personali è la ASL di Pescara con sede in, Via R. Paolini, 47 - 65124 Pescara – email: segreteria_dg@asl.pe.it , PEC: protocollo.aslpe@pec.it

2 DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è raggiungibile al seguente indirizzo: ASL di Pescara, Via Battaglione Alpini, 1 – 65017 Penne (PE). email: dpo@asl.pe.it , PEC: dpo.aslpe@pec.it .

Gli interessati «possono contattare il responsabile della protezione dei dati per tutte le questioni relative al trattamento dei loro dati personali e all'esercizio dei loro diritti derivanti dal [...] regolamento» (articolo 38, paragrafo 4 del Regolamento).

3 FINALITÀ E BASI GIURIDICHE DEL TRATTAMENTO

I trattamenti dei dati personali di suo figlio/a (comprensivi di quelli appartenenti a categorie particolari di dati, ad esempio, quelli riguardanti lo stato di salute) non rendono necessario il Suo consenso, quando vengono effettuati dalla Asl nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali nell'ambito delle attività svolte dalla Unità Operativa Complessa Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN), relativamente alle seguenti finalità:

- Somministrazione di dieta speciale per motivi di salute (allergia o intolleranza alimentare, celiachia, altre condizioni permanenti), dieta speciale per motivi etico-religiosi, dieta di transizione, adattamento della tabella dietetica da parte della cucina scolastica e/o del centro di cottura, interventi di sorveglianza nutrizionale da parte del Servizio di Igiene e degli Alimenti e della Nutrizione della ASL competente per territorio;

Le basi giuridiche di riferimento per le finalità sopra indicate sono dettate dagli artt. 2-ter, 2-sexies del Codice in materia di protezione dei dati personali (di seguito Codice), secondo quanto disposto dall'art. 2-septies dello stesso e dai seguenti articoli del Regolamento:

- art.6.1, lettera e) - trattamento necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento.
- art.6.1, lettera c) – trattamento necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento.
- art.9.2, lettera g) - rilevante interesse pubblico nel settore della sanità pubblica sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri.
- art.9.2, lettera h) - finalità di cura e secondo le modalità previste dall'art. 9.3.
- art.9.2, lettera i) - per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica.

Per eventuali ulteriori finalità rispetto a quelle sopra indicate, potrà essere necessario il Suo esplicito consenso. Le basi giuridiche di riferimento, in questi casi, sono costituite dall'art. 6.1 lettera a) e dall'art. 9.2 lettera a) del Regolamento.

Pertanto si prega di leggere il consenso allegato alla informativa che segue ove sono riportate le finalità di trattamento per le quali è richiesto il consenso.

4 AMBITO DI COMUNICAZIONE DEI DATI (DESTINATARI)

I dati di Suo figlio/a saranno trattati nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto professionale da:

- personale specificatamente nominato quale “soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali”, a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento

I dati personali di Suo figlio/a saranno inoltre comunicati ai dipendenti comunali incaricati del trattamento e al personale del gestore del servizio di ristorazione presso le scuole.

I dati personali di Suo figlio/a, potranno essere comunicati, solo se necessario, a soggetti espressamente previsti dalla normativa vigente; ulteriori comunicazioni potranno essere effettuate a soggetti che eseguano delle attività di trattamento per conto del Titolare, o con finalità e mezzi concordati e con cui siano stati stipulati specifici accordi (es.: Responsabili del Trattamento, Contitolari o Titolari autonomi). In particolare, le comunicazioni potranno avvenire verso i seguenti soggetti:

- al Responsabile della Refezione scolastica del Comune di appartenenza.
- alla Ditta di Ristorazione incaricata alla preparazione dei pasti.
- ai professionisti interni o esterni coinvolti nella gestione clinico assistenziale.
- alla compagnia assicurativa dell'Azienda per la tutela della stessa e dei suoi operatori, per l'ipotesi di responsabilità.
- ad altri soggetti pubblici o privati (che svolgono attività istituzionale per conto della Azienda).
- all'Autorità Giudiziaria e/o di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge.

La Asl di Pescara non effettua trasferimenti di dati personali verso Paesi terzi

5 DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei può esercitare i seguenti diritti sui dati personali di suo figlio/a, nella misura in cui è consentito dal Regolamento, con riferimento agli specifici articoli dello stesso:

- Accesso (art. 15)
- Rettifica (art. 16)
- Cancellazione (oblio) (art. 17): non esercitabile per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica (art. 17.3.c)
- Limitazione del trattamento (art. 18)
- Portabilità (art. 20): non esercitabile nell'esercizio di compiti di interesse pubblico quale quello sanitario (art. 20.3)
- Opposizione al trattamento, (art. 21)

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra Lei può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati contattabile ai riferimenti sopra riportati.

Il modello per richiedere l'esercizio dei diritti sui Suoi dati personali è scaricabile al seguente link:

<https://www.asl.pe.it/Sezione.jsp?idSezione=338>

6 DIRITTO DI PROPORRE RECLAMO ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO

- Lei, qualora ritenga che il trattamento che riguarda i dati di suo figlio/a violi il Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo al Garante dei dati personali con sede in Piazza di Monte Citorio, n. 121, CAP 00186 Roma, come previsto dall'art. 77 del Regolamento, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

7 EVENTUALE FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI

(da inserire manualmente a cura del soggetto autorizzato solo se i dati non sono raccolti presso l'interessato)

8 PERIODO DI CONSERVAZIONE O CRITERI PER DETERMINARE TALE PERIODO

- I dati di suo figlio/a saranno conservati solo per il tempo necessario al raggiungimento delle finalità per cui sono raccolti, rispettando il principio di limitazione della conservazione di cui all'Art. 5, paragrafo 1, lettera e) del Regolamento, nonché gli obblighi di legge cui è tenuto il Titolare.
- Per Sua comodità si riportano i tempi di conservazione relativi ai principali documenti contenenti i dati oggetto di trattamento:

- Cartelle ambulatoriali	- 10 anni dalla chiusura della cartella
- Ricette e prescrizioni	- 5 anni

- La tempistica di conservazione della documentazione contenente dati personali è regolamentata con Deliberazione della ASL n. 324 del 16 Marzo 2015 rinvenibile al seguente link [https://www.asl.pe.it/allegati/Area%20Interna/Privacy/2023/Delibera20150316n0324%20\(1\).pdf](https://www.asl.pe.it/allegati/Area%20Interna/Privacy/2023/Delibera20150316n0324%20(1).pdf)

9 CATEGORIE DI DATI PERSONALI

Le categorie di dati personali trattati sono le seguenti:

- Dati personali, dati anagrafici (nome, cognome, sesso, codice fiscale, tessera sanitaria, data di nascita, indirizzo domicilio/recapito/residenza, recapiti telefonici)
- Particolari categorie di dati personali relativi alla salute dell'interessato (Dati genetici Dati relativi alla salute dell'interessato);
- stato di salute fisica e mentale;
- origine razziale o etnica;
- convinzioni religiose o filosofiche;

10 MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati avverrà secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, mediante l'utilizzo di strumenti automatizzati e telematici) e non nel rispetto del principio di minimizzazione dei dati, nei limiti dello scopo per cui sono stati raccolti.

I dati personali di suo figlio/a e relativi a particolari categorie di dati (art 9 del Regolamento), saranno inoltre trattati al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché alle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla legge.

I dati relativi alla persona di suo figlio/a sono registrati e conservati in banche dati cartacee, informatiche e miste (cartacee e informatiche).

La protezione dei dati di suo figlio/a è garantita dall'adozione di adeguate misure tecniche e organizzative per assicurare idonei livelli di sicurezza ai sensi dell'art. 32 del Regolamento.

11 NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Per i trattamenti non soggetti a consenso il conferimento dei dati è indispensabile per potere erogare le prestazioni richieste e, pertanto, il mancato conferimento rende impossibile erogare suddette prestazioni, salvo per quelle che rivestano carattere di urgenza e/o siano disposte per legge.

Per qualsiasi ulteriore informazione relativa al trattamento dei dati personali può consultare la sezione "privacy" del sito istituzionale della Asl di Pescara, alla pagina web <https://www.asl.pe.it/Sezione.jsp?idSezione=338>

PER PRESA VISIONE ED ACCETTAZIONE

Il sottoscritto

nato a

_____ il ____ / ____ / ____

residente

a _____

in via

C.F. _____

In qualità di diretto interessato o esercente la potestà genitoriale / la tutela / la curatela/ l'amministrazione di sostegno sul soggetto beneficiario della prestazione sanitaria richiesta,

(nome e cognome)

Firma:

Riservato all'ufficio

Raccolta cartacea:

Firma Operatore: _____ Data ____ / ____ / ____

Inserita nel database gestione Informativa:

Firma Operatore: _____ Data
____ / ____ / ____

Note:
