

COMUNE DI FIRENZE

DIREZIONE ISTRUZIONE – E.Q. MENSE E REFEZIONE SCOLASTICA-TRASPORTI

A.S. 2024/2025

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/la 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 – E.Q.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
