



CITTÀ DI LUNI

Provincia della Spezia
Servizio Socio Educativo

MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE ANNO SCOLASTICO 2026/2027

Il sottoscritto/a (NOME COGNOME) _____

telefono/cellulare _____ indirizzo di posta elettronica _____

Genitore/tutore di (NOME COGNOME minore) _____

RICHIEDE per il proprio figlio/a la fruizione di **DIETA SANITARIA** per:

☐ Intolleranza alimentare a (specificare alimento/i) - a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:

.....
.....

☐ Allergia alimentare a (specificare alimento/i) - a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:

.....
.....
.....
.....

☐ **è da considerare "A RISCHIO VITA"** (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di gravi reazioni allergiche, ricovero ospedaliero, shock anafilattico)

☐ Malattia metabolica o autoimmune (specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc...) - a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi:

.....

☐ **è da considerare "A RISCHIO VITA"** (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di ricovero ospedaliero e gravi rischi per la salute)

☐ Altro (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi comportamento alimentare, ecc...; definire la tipologia di dieta richiesta) - a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:



CITTÀ DI LUNI

Provincia della Spezia

Servizio Socio Educativo

.....
.....
.....
.....
.....

É CONSAPEVOLE CHE la procedura attuata prevede quanto segue:

- **Si accettano solo certificati di SPECIALISTI, quali pediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche; certificati rilasciati da specialisti diversi da quelli indicati non saranno accettati** (è preferibile l'utilizzo del modulo "CERTIFICATO CON LE INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SANITARIE AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA" allegato alla presente).
- NON si accettano dichiarazioni di altre figure sanitarie e referti di analisi in assenza di certificazione medica.
- In assenza di precisa indicazione medica la dieta sanitaria richiesta avrà validità di un anno scolastico (da settembre a giugno)
- Per tutte le sospensioni, integrazioni e/o restrizioni della dieta è necessario presentare certificato medico e contattare tempestivamente l'Ufficio Pubblica Istruzione (istruzione@comune.luni.sp.it – 0187.690137 – 0187.690161)
- Al fine di tutelare al massimo gli utenti con dieta sanitaria, **non vengono accettate modifiche della dieta (integrazioni e/o restrizioni) comunicate verbalmente o sottoscritte in forma di autodichiarazione**, né da parte degli insegnanti, né da parte dei genitori.
- Si consiglia di mantenere copia della presente documentazione unitamente al certificato medico
- Il sottoscritto è consapevole che la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione ASL.

Il/La sottoscritto/a _____

_____, nato a _____, il

_____, c.f. _____

_____, in qualità di esercente la responsabilità



CITTÀ DI LUNI

Provincia della Spezia
Servizio Socio Educativo

genitoriale sul minore _____, nato a _____

_____, il_, c.f. _____.

- dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri
- autorizza il trattamento dei dati personali di natura particolare riferiti al minore _____ per le finalità connesse all'esecuzione del servizio.

In caso di firma di un solo genitore, il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriali di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater cc.

Luni, _____

Firma

Informazioni sul trattamento dei dati personali ex artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679.

I dati personali raccolti nel presente modulo sono trattati dal Comune di Luni, in qualità di Titolare del trattamento, in modo lecito, corretto e trasparente per finalità istituzionali connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico e/o per obblighi di legge e/o precontrattuali o contrattuali. Il trattamento degli stessi avviene ad opera di soggetti espressamente autorizzati, impegnati alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la protezione dei dati.

Per ogni ulteriore informazione circa il trattamento dei dati personali ai diritti di cui agli artt.15 e ss. Reg. (UE)2016/679 ed alle modalità di esercizio degli stessi dei diritti di cui agli artt.15 e ss. Reg. (UE) 2016/679, l'interessato potrà consultare l'Informativa completa, disponibile sul sito www.comune.luni.sp.it/it-it/privacy, accedendo alla sezione privacy.



CITTÀ DI LUNI

Provincia della Spezia
Servizio Socio Educativo

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE

N.B. Si accettano solo certificati di SPECIALISTI, qualipediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche.

Si certifica che il bambino/a _____

M ☐ F ☐, nato/a il _____

presenta:

☐ **ALLERGIA ALIMENTARE**

con possibilità di reazioni gravi fino allo **shock anafilattico** che necessita di pronta disponibilità di adrenalina autoiniettabile

SI ☐ NO ☐

☐ **INTOLLERANZA ALIMENTARE**

☐ **CELIACHIA**

☐ **MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**

☐ **ALTRA PATOLOGIA** _____

Si richiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI o ATTINENTE ALLE SEGUENTI INDICAZIONI DIETETICHE:**

Durata della dieta sanitaria

☐ **intero anno scolastico**

☐ **dal** _____ **al** _____

Data

Timbro e firma del Medico Curante