



Comune di Carate Brianza  
SETTORE ISTRUZIONE – CULTURA – SPORT – AMBIENTE

Carate Brianza

**Oggetto: Procedura rinnovo diete speciali ristorazione scolastica.**

Alla cortese attenzione di tutte le famiglie facenti richiesta di una dieta speciale per l'anno scolastico 2024-2025.

Sulla base delle Linee Guida per la gestione delle diete speciali stabilita dall'ATS si comunica la procedura prevista per la richiesta di dieta per motivi sanitari.

La richiesta deve essere presentata all'Ufficio Istruzione compilando l'allegato modulo sottoscritto dal genitore o da chi ne fa le veci, allegando la certificazione medica come di seguito esplicitato.

La certificazione medica deve essere recente (con data di rilascio anteriore al massimo di tre mesi rispetto alla richiesta), rilasciata dal medico di base, dal pediatra, dal medico specialista o dal centro specialistico ospedaliero.

Tale certificazione deve indicare:

- ❖ La diagnosi (allergia, intolleranza, diabete, obesità, celiachia, etc.),
- ❖ L'eventuale rischio di shock anafilattico o altre conseguenze gravi, correlate all'aspetto alimentare;
- ❖ La durata della dieta (che non deve essere superiore all'anno scolastico in corso se non nel caso di patologie di natura genetica come celiachia, favismo, fenilchetonuria, etc.)
- ❖ Lo schema dietetico o le grammature necessarie.

Nel caso di diagnosi di allergie ed intolleranze la certificazione medica deve inoltre indicare in modo chiaro il/i componente/i da escludere, specificando quindi:

- ❖ L'alimento o gli alimenti vietati;
- ❖ Gli additivi e i conservanti.

Si ricorda che quando si vieta un alimento, verrà escluso dalla dieta:

- ❖ L'alimento tal quale (uova, latte, arachide ...);
- ❖ I prodotti alimentari in cui tale alimento è presente come ingrediente (uova nei biscotti, arachide nell'olio di semi, etc.)



## Comune di Carate Brianza

- ❖ I prodotti alimentari in cui tale alimento è presente come derivato o coadiuvante tecnologico o come contaminante derivante dal procedimento di lavorazione del prodotto stesso.

Nel caso di patologie che non hanno possibilità di regredire e/o scomparire (es. celiachia, favismo, diabete, etc.), non occorre allegare la certificazione medica.

Distinti saluti

RESPONSABILE DI SETTORE  
F.to Dott.ssa Mariani Raffaella

All/ Modulo per richiesta

### - PROTEZIONE DEI DATI -

Il Comune di Carate Brianza Titolare del trattamento, la informa che, per dare seguito alla presente richiesta, il trattamento dei Suoi dati personali avverrà nel rispetto del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 novellato.

La invitiamo, prima di procedere, a consultare l'informativa completa pubblicata all'indirizzo <https://www.comune.caratebrianza.mb.it/it/privacy> e disponibile presso gli uffici dell'Ente, all'interno della quale sono specificati le informazioni del suddetto trattamento, conformemente all'Art. 13 del GDPR.

### - DATI PARTICOLARI -

I documenti richiesti per la suddetta pratica contengono Dati Particolari come da Art. 9 GDPR, atti a rivelare dati sanitari o dati relativi alla salute.

Firma per consenso \_\_\_\_\_

**SETTORE ISTRUZIONE – CULTURA – SPORT – AMBIENTE**



## Comune di Carate Brianza

### IL SOTTOSCRITTO

Nome		Cognome		Codice fiscale	
Nato/a a		il		Nazione (se stato estero)	
Residente a:		Provincia	Indirizzo e numero civico		Cap
Tel. Abitazione		Cell.	Indirizzo e-mail		

### GENITORE DI

Cognome		Nome		Codice fiscale	
Nato/a a		il		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nazionalità					
Asilo nido: Gruppo _____		Scuola Primaria:			
Scuola dell'Infanzia:		Romagnosi Classe ____ Sez. ____			
Sciesa Sez. _____		Lodi Classe ____ Sez. ____			
Agazzi Sez. _____		Costa Lambro Classe ____ Sez. ____			

**Richiede per il suddetto figlio/a dieta speciale nella ristorazione scolastica per l'a.s. 2024/2025 per i seguenti motivi: .....**

SI ALLEGA:

- Certificato medico  
 Accertamenti diagnostici (specificare) \_\_\_\_\_  
 Prescrizioni dietetico-terapeutiche (specificare) \_\_\_\_\_

Carate Brianza, \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE SE IL MODULO È FIRMATO DA UN SOLO GENITORE

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del d.P.R. n. 445/2000, dichiara di aver compilato quanto sopra in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317<sup>ter</sup>, e 337<sup>quater</sup> del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma \_\_\_\_\_