

MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE

Il/La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Nato il _____ a _____ residente in via _____ n. _____

Telefono _____ Cell _____ e-mail _____

Genitore/tutore/affidatario dell'alunno/a Nome _____ Cognome _____

Nato il _____ a _____

CHIEDE

Per il minore la seguente dieta speciale per motivi religiosi/etici/culturali (barrare la dieta richiesta)

- Menù privo di carne suina e dei suoi derivati (NO PORK and its derivatives)
- Menù privo di carne suina e dei suoi derivati, crostacei, molluschi (NO PORK – NO SELLFISH – NO CLAMS and derivatives)
- Menù privo di carne bovina e dei suoi derivati (NO BEEF and its derivatives)
- Menù privo di carne bovina, di carne suina e dei loro derivati (NO BEEF – NO PORK and derivatives)
- Menù privo di TUTTI i tipi di carne e dei loro derivati (NO MEAT: CHICKEN, PORK, BEEF ecc. and derivatives)
- Menù privo di TUTTI i tipi di carne e prodotti ittici e dei loro derivati (NO: MEAT – NO: FISH, SELLFISH, CALMS and derivatives)
- Menù privo di TUTTI i tipi di carne, prodotti ittici, uova, e dei loro derivati (NO: MEAT – NO: FISH, SELLFISH, CALMS – NO: EGG and derivatives)
- Menù privo di TUTTI i tipi di carne, prodotti ittici, uova, latte e dei loro derivati (NO: MEAT – NO: FISH, SELLFISH, CALMS – NO: EGG – NO: MILK, CHEESE, YOGURT ecc. and derivatives)
- Menù privo di tutti i tipi di carne, latte, e dei loro derivati (NO: MEAT – NO: MILK, CHEESE, YOGURT ecc. and derivatives)

Overo la seguente dieta speciale per patologia:

L'attivazione di questo tipo di dieta deve essere richiesta allegando alla presente domanda il certificato in originale rilasciato dal pediatra di libera scelta o dal medico specialista OPPURE attraverso la compilazione da parte del pediatra di libera scelta o medico specialista della seguente sezione dedicata. In entrambi i casi occorre specifica OBBLIGATORIA degli alimenti che non possono essere somministrati e/o che devono essere assunti

Dati anagrafici del paziente: Cognome _____ Nome _____

Patologia (da specificare OBBLIGATORIAMENTE) _____

Indicazioni sul menù da somministrare:

Firma e timbro del medico di riferimento

A tal fine allega:

- Copia fotostatica del documento di identità del firmatario
- Certificato medico in originale del pediatra di libera scelta o del medico specialista

INFORMATIVA PRIVACY

Oggetto: Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il COMUNE DI LIVIGNO.

1. Titolare del trattamento

Gentile Sig./ Sig.ra, desideriamo informarla che, il Sindaco del Comune di Livigno, Tel 0342 – 991101 mail segreteria@comune.livigno.so.it, PEC comune.livigno@legalmail.it. è il Titolare del trattamento dei dati personali raccolti, ai sensi e per gli effetti del "Codice Privacy" e del "GDPR 2016/679" che prevedono la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

2. Responsabile della protezione dei dati (RPD)

Il Responsabile della protezione dei dati (RPD) è Halley Lombardia S.r.l. Tutte le informazioni sono disponibili sul sito www.comune.livigno.so.it.

3. Finalità del trattamento

I dati personali da lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge e per le finalità connesse all'espletamento del servizio di trasporto scolastico. Potremmo, inoltre, chiedere il suo consenso per trattare i suoi dati personali per specifiche finalità che le comunicheremo. Quando acconsente al trattamento dei suoi dati personali da parte nostra per una specifica finalità, potrà revocare il suo consenso in qualsiasi momento e, in tal caso, cesseremo di trattare i suoi dati per tale finalità.

4. Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del Codice Privacy (artt. 33-36) in materia di misure di sicurezza ad opera di soggetti appositamente autorizzati ed in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 29 GDPR 2016/679. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5, paragrafo 1 del GDPR 2016/679, i suoi dati personali saranno trattati per tutto il tempo necessario a perseguire le finalità per cui sono stati richiesti e saranno successivamente conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

5. Ambito di comunicazione e diffusione

La informiamo che, di regola, i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge o per le necessità di svolgimento del servizio.

6. Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

CONSENSO

Io sottoscritto/a dichiaro di aver preso visione dell'Informativa che precede.

Livigno, li _____.

(firma leggibile anche per consenso al trattamento dei dati)

Io sottoscritto/a alla luce dell'Informativa ricevuta

esprimo il consenso NON esprimo il consenso al trattamento dei dati personali miei e dell'alunno inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso NON esprimo il consenso alla comunicazione dei dati personali miei e dell'alunno ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'Informativa.

esprimo il consenso NON esprimo il consenso alla diffusione dei dati miei e dell'alunno come riportato al punto 5 della presente Informativa.

Per l'accettazione della pratica è necessaria la firma di entrambi i genitori ovvero la sottoscrizione della dichiarazione riportata di seguito

Livigno li _____

Firma Padre _____ Firma Madre _____

Il/la Sottoscritto/a _____ firmatario del presente modulo

DICHIARA di aver informato l'altro genitore Nome _____ Cognome _____ delle scelte dietetiche sopra indicate