

Firma per esteso _____
(allegare fotocopia del documento d'identità valido)

Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

Si informa che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Città Sant'Angelo (PE) che ha sede in Città Sant'Angelo (Italia), P.zza IV novembre, 1 che potrà essere contattato ai seguenti riferimenti: Telefono: 08596961 Indirizzo PEC: comune.cittasantangelo@pec.it Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: responsabileprotezionedati@legalmail.it ; sinetserviziinformatici@legalmail.it

Il trattamento dei dati personali viene effettuato con la finalità di gestione amministrativa e di rispetto degli obblighi di legge relativi alla sottoscrizione di accordi tra il Titolare e gli altri sottoscrittori, siano essi privati o pubbliche amministrazioni. La base di liceità è l'adempimento di obblighi legali in capo al titolare del trattamento e lo svolgimento di funzioni di interesse pubblico alla base della stipulazione degli atti, ai sensi dell'art. 6 par. 1 lett. c) ed e) RGPD. Gli obblighi normativi di riferimento sono la L. 190/2012, il D.lgs. 267/2000 e il D.lgs. 36/2023 (in caso di procedimenti di scelta del contraente), il D. Lgs. 33/2013 e s.m.i.

I dati personali trattati sono tutte le informazioni necessarie per la stipulazione dell'atto e possono includere dati identificativi (quali nome, cognome, data e luogo di nascita) oltre che informazioni relative al rapporto intercorrente tra gli interessati – menzionati nel documento sottoscritto - e le parti che sottoscrivono l'atto.

I dati raccolti:

- sono trattati da personale dell'ente appositamente autorizzato e/o da soggetti esterni designati dal Titolare in forma scritta come Responsabili del trattamento, per attività strumentali al perseguimento delle finalità dell'ente;
- saranno comunicati - per l'osservanza di obblighi di legge o per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico - a soggetti pubblici, tra i quali l'Autorità Nazionale Anticorruzione (nei casi di procedimenti di scelta del contraente), a cui i dati sono comunicati ai sensi del D. Lgs. 36/2023 per aggiornare la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici;
- potrebbero essere soggetti a diffusione, in particolare in ottemperanza agli obblighi di pubblicazione all'albo pretorio e all'amministrazione trasparente, se previsto da norme di legge e nelle modalità da esse regolate;
- non saranno trattati in paesi esterni all'Unione Europea;
- non saranno sottoposti ad alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione;
- saranno conservati per il tempo necessario allo svolgimento del procedimento in oggetto e tenuto conto degli obblighi di legge a cui il Titolare deve sottostare nell'adempimento delle proprie funzioni istituzionali.

Si comunica inoltre che il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio e l'eventuale rifiuto determinerà l'impossibilità di stipulare l'atto che prevede il menzionato trattamento di dati personali.

Gli interessati potranno far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i propri diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento, cancellazione e l'opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Gli interessati potranno esercitare i propri diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati; hanno inoltre diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisino la necessità.

Data _____

Firma _____

CERTIFICATO MEDICO PER RICHIESTA DIETA SANITARIA SCOLASTICA

DATI DEL FRUITORE DELLA DIETA

Cognome: Nome:

Data di nascita: Codice fiscale:

TIPOLOGIA DI RICHIESTA (barrare la voce interessata)

- ☐ RICHIESTA BREVE (durata massima 30 giorni) *Erogazione dal: al:*
- ☐ PATOLOGIA IN ACCERTAMENTO (durata massima 4 mesi) *Erogazione dal: al:*
- ☐ PATOLOGIA ACCERTATA (valida per tutto l'anno scolastico) *Inizio validità dal:*

DIAGNOSI (Indicare la patologia o il disturbo clinico che giustifica l'esclusione o la sostituzione di alimenti)

.....

VALUTAZIONE DEL RISCHIO E FARMACI SALVAVITA

Il paziente ha avuto episodi pregressi di shock anafilattico riconducibili all'ingestione di alimenti? ☐ SI ☐ NO

Al paziente è stato prescritto un farmaco salvavita? ☐ SI ☐ NO

DIETA RICHIESTA (Prescrizione tecnica per la cucina - **BARRARE IL NUMERO DIETA DA RICHIEDERE**)

Si richiede l'applicazione del regime dietetico corrispondente al numero:

Numero dieta	Descrizione menù dieta	Alimenti e loro derivati da ELIMINARE (anche come ingredienti e come possibili tracce)
1	Menù per favismo	Fave, piselli
2	Menù privo di glutine	Avena, farro, grano (frumento), kamut, segale, orzo
3	Menù privo di latte	Latte e prodotti a base di latte Specificare se togliere il vitello → ☐ escludere ☐ non escludere
4	Menù privo di lattosio	Latte e formaggi con lattosio e grana padano <9 mesi, parmigiano reggiano <12 mesi
5	Menù privo di uovo	Uova e prodotti a base di uova Specificare se togliere il pollo → ☐ escludere ☐ non escludere
6	Menù privo di pesce, molluschi e crostacei	Pesce, molluschi, crostacei
7	Menù privo di frutta a guscio e arachidi	Mandorle, noci, anacardi, noci di pecan, nocciole, pinoli, pistacchi, arachidi
8	Menù a basso contenuto di nichel	Cereali integrali (pasta, pane integrali), pesce in scatola, crostacei, molluschi, formaggi stagionati, spinaci, asparagi, funghi, pomodori, cavolfiore, broccoli, frutta secca, legumi, banana, fragola, agrumi, cioccolato
9	Menù iposodico	Sale aggiunto, affettati e formaggi stagionati, tonno in scatola
10	Menù frullato	Alimenti non frullabili
MP	MENU PERSONALIZZATO	Nei casi in cui sia necessario un menu diverso da quelli sopraelencati allegare elenco degli alimenti scritto in maniera chiaramente leggibile. Il documento deve riportare la data e i dati anagrafici del fruitore della dieta.

Dr. (cognome e nome):

TIMBRO E FIRMA

Recapito telefonico:

.....

ALLEGATO G

Nota Informativa per la Compilazione del Certificato Medico per Dieta Sanitaria Scolastica

Gentile Medico,

al fine di garantire la sicurezza alimentare e l'adeguatezza nutrizionale dei pasti erogati nel servizio di ristorazione scolastica, La invitiamo a compilare il certificato seguendo le indicazioni riportate di seguito.

Considerata l'elevata complessità organizzativa della Ristorazione collettiva scolastica e il conseguente incremento del rischio clinico e gestionale derivante da un elevato numero di Diete Speciali Sanitarie, le variazioni al menu sono limitate a casi di **comprovata necessità**. Tale indicazione è finalizzata a ottimizzare le procedure di preparazione e somministrazione dei pasti, riducendo le possibilità di errore nelle fasi critiche della filiera produttiva.

1. Definizione della Diagnosi e Durata

È necessario barrare una sola delle tre opzioni di validità previste:

- **Richiesta Breve:** per esigenze transitorie, con durata massima di **30 giorni** (non ripetibile).
- **Patologia in Accertamento:** qualora l'iter diagnostico sia in corso, con durata massima di **4 mesi** (non ripetibile).
- **Patologia Accertata:** valida per l'intero anno scolastico o per un periodo specifico.

Diagnosi: Deve essere indicata in modo chiaro. Si ricorda che in questo caso devono essere esclusi esclusivamente gli alimenti testati con **test scientificamente validati**. Non sono ammesse diagnosi generiche o legate a semplici gusti personali (es. "non gradisce").

Rischio Anafilassi: È obbligatorio indicare se il paziente ha avuto episodi pregressi di shock anafilattico alimentare.

Farmaco Salvavita: Specificare se al paziente è stato prescritto un farmaco salvavita (es. adrenalina).

2. Selezione del Menù di Esclusione

Il certificato prevede 10 menù standardizzati e un'opzione per menu personalizzato.

- **Modalità di scelta:** È possibile barrare uno o più numeri corrispondenti alla dieta, ma non è consentito modificare gli alimenti da escludere già descritti nella terza colonna della tabella.
 - **Specifiche Obbligatorie:**
 - Per il Menù n. 3 (privo di latte): indicare esplicitamente se escludere o meno la carne di vitello.
 - Per il Menù n. 5 (privo di uovo): indicare esplicitamente se escludere o meno la carne di pollo.
- **Menu Personalizzato (MP):** Da utilizzare solo se i menù standard non sono idonei.

In questo caso, è necessario allegare un elenco degli alimenti da escludere o uno schema dietetico personalizzato con eventuali grammature o nel caso di selettività alimentare da patologia (es: nel disturbo dello spettro autistico) un elenco degli alimenti tollerati.

3. Requisiti di Validità

Il certificato sarà ritenuto valido solo se completo di:

- Dati anagrafici e codice fiscale del fruitore.
- Recapito telefonico del medico.
- Timbro e firma leggibile.