Al Dirigente Scolastico

All. 1 Docenti

Dell’I.C. ad Indirizzo Musicale” F. Crispi”

Ribera

**Oggetto: Comunicazione intolleranze /allergie/malattie metaboliche**

Il / La sottoscritto/a residente in via n. città recapito telefonico . in servizio presso l’Istituto Comprensivo “F.Crispi”in qualità di docente di

[ ] scuola infanzia [ ] scuola primaria [ ] scuola sec. I grado

Plesso

1. **Fa presente che è affetto da:**
	* Intolleranza alimentare a …………………………………………………………………..
	* Allergia alimentare a ………………………………………………………………… …..
	* Altro………………………………………………………………………………… …..
2. **Pertanto chiede**

che vengano somministrati pasti alternativi rispetto a quelli previsti nel menù stabilito.

Si allega certificato medico recente attestante le allergie/intolleranze.

Il certificato medico deve essere recentemente rilasciato dai MMG, Pediatri di libera scelta o dagli Specialisti in allergologia o malattie metaboliche con diagnosi della patologia e prescrizione dettagliata degli alimenti / ingredienti da utilizzare e/o precisa indicazione terapeutica; nel caso di necessità di utilizzo di prodotti dietetici speciali è necessario farlo presente nel medesimo certificato.

Data ……/……. /………… Firma

………………………………………………………

Il/La sottoscritto/a prende atto che, in riferimento al R.E. 679/2016 ( Privacy), i dati personali e/o sensibili forniti nel presente modulo e/o i documenti allegati saranno oggetto di trattamento ai soli fini dell’organizzazione del servizio di refezione scolastica

Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini di predisporre la corretta erogazione del servizio per gli alunni allergici o intolleranti. I dati saranno utilizzati per finalità di carattere istituzionale e non saranno oggetto di diffusione.

Il titolare del trattamento è l’Istituto comprensivo “F.Crispi”” nella persona del Dirigente Scolastico pro tempore.

 In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi del R.E. 279/2016.