

MODULO DI RICHIESTA DI DIETA PER PATOLOGIA OPERATORI SCOLASTICI

PER ANNO SCOLASTICO 20____ / ____

La/il Sig.ra/Sig. _____

nata/o il _____ a _____

residente/domiciliato in via _____ nel Comune di _____

cellulare (obbligatorio) _____ e-mail (obbligatoria) _____

in servizio presso il plesso scolastico denominato/a _____

nella località di _____

E' PORTATORE DELLA PATOLOGIA RIPORTATA NELL'ALLEGATO CERTIFICATO MEDICO E CHIEDE DI SEGUIRE IL REGIME DIETETICO INDICATO NEL CERTIFICATO STESSO.

Salvo diverse indicazioni espresse nel certificato medico, la dieta per patologia sarà protratta per tutta la durata del ciclo scolastico.

Si allega certificato medico (riportante una data di redazione non superiore a 30 giorni dalla data di inoltro della richiesta).

I dati forniti saranno trattati ai soli fini della produzione, consegna e somministrazione pasti, e per il tempo strettamente necessario

(ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003, come modificato da ultimo dal D.Lgs 101/2018).

DATA _____

FIRMA DELL'OPERATORE SCOLASTICO

NOTE:

Da inviare, debitamente compilato, firmato e accompagnato da certificazione medica, direttamente all'Unità Operativa Igiene Alimenti e Nutrizione Ravenna all'indirizzo e-mail nutrizionesian.ra@auslromagna.it

Se necessario, il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione può chiedere ulteriori precisazioni ai medici redattori dei certificati o all'operatore scolastico. Entro 5/7 giorni lavorativi dal momento della ricezione, il Servizio Pediatria di Comunità, congiuntamente con il Servizio di Igiene Alimenti e Nutrizione, restituisce una **nota di approvazione o di respingimento** della dieta:

- al Comune di Ravenna - Servizio Diritto allo Studio - e-mail dirittoallostudio@comune.ra.it
- all'operatore scolastico tramite il contatto e-mail sopra indicato.

La dieta approvata dall'AUSL verrà attivata dal centro di produzione pasti entro 5/7 giorni dal ricevimento della nota di approvazione.