|  |  |
| --- | --- |
|  | **Comune di Medicina** Servizi Scolastici e Politiche Socialitel. 051 6979247-246-282; fax. 051 6979321Pec: comune.medicina@cert.provincia.bologna.itserviziallapersona@comune.medicina.bo.it |

**Al Comune di Medicina**

 **Servizi Scolastici e Politiche Sociali**

**MODULO RICHIESTA DIETE SPECIALI ANNO EDUCATIVO 2022/2023**

Il sottoscritto/a (NOME COGNOME)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 telefono/cellulare (solo in caso di necessità di chiarimenti) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **□** Genitore di (NOME COGNOME ALUNNO)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **□** Educatore  **□** Ausiliario

**Nido di riferimento:**

 **□**CHICCODRILLO **□**COCCINELLE □ GIRASOLI

 Sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Sottoscritto, come sopra identificato:

1. **RICHIEDE** per il proprio figlio/per sè in quanto fruitore del servizio di refezione, nell’anno educativo 2022/2023, la produzione di DIETA SPECIALE per:

**□** intolleranza alimentare (precisare alimento/i che generano intolleranza)

**□** allergia alimentare (precisare alimento/i che generano allergia)

**□** malattia metabolica (specificare la malattia; es. diabete, ecc…)

**□** altra patologia (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi comportamento alimentare, ecc…; definire la tipologia di dieta richiesta) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□ motivazione etico-religiosa (specificare il tipo/i di carne da non somministrare es. maiale, bovino, tutti i tipi di carne…) specificare : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

2. Nell’ambito della corretta gestione di tutte le diete speciali, per garantire un presidio ulteriore nelle situazioni più gravi, **DICHIARA**, allo stato delle proprie conoscenze, che la dieta richiesta :

**□** è da considerarsi “**a rischio vita**”, cioè il cui non rispetto è a rischio vita o è causa di gravi effetti per la salute, ad esempio shock anafilattico ecc.

**□** è da considerarsi “**NON a rischio vita**”, cioè il cui non rispetto NON è a rischio vita.

3. Allega **certificato medico** in originale o in copia. (**non deve essere allegato se la motivazione è etico-religiosa)**

**N.B. La richiesta di una dieta diversa da quella in vigore presso l’Asilo Nido va certificata dal Pediatra di Famiglia.**

Al fine di tutelare al massimo gli utenti con dieta speciale, non vengono accettate modifiche della dieta (integrazioni e/o restrizioni) comunicate verbalmente .

La richiesta di produzione della dieta ha valore per l’A.E.2022/2023 (compreso il servizio integrativo estivo).

**La richiesta di produzione della dieta per motivazione etico-religiosa ha validità per tutto il periodo di permanenza nel nido.**

*Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri.*

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma leggibile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Comune di Medicina** - Via Libertà 103 – 40059 Medicina (BO)Partita I.V.A. 00508891207 – Cod. Fisc.00421580374; Tel 051 6979111 – Fax 051 6979222[www.comune.medicina.bo.it](http://www.comune.medicina.bo.it) - serviziallapersona@comune.medicina.bo.it PEC: comune.medicina@cert.provincia.bologna..it |

**INFORMATIVA PRIVACY**

**INFORMATIVA per il trattamento dei dati personali ai sensi dell’art 13 del Regolamento europeo n. 679/2016**

**1. Premessa**

Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, il Comune di Medicina, in qualità di “Titolare” del trattamento, è tenuta a fornirle informazioni in merito all’utilizzo dei suoi dati personali.

**2. Identità e i dati di contatto del titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è il Comune di Medicina , con sede in Via Libertà 103, 40059

Al fine di semplificare le modalità di inoltro e ridurre i tempi per il riscontro si invita a presentare le richieste di cui al paragrafo n. 10, al Comune di Medicina, Ufficio Servizi Scolastici e Politiche Sociali, via e-mail serviziallapersona@comune.medicina.bo.it

**3. Il Responsabile della protezione dei dati personali**

Il Comune di Medicina ha designato quale Responsabile della protezione dei dati la società LepidaSpA (dpo-team@lepida.it).

**4. Responsabili del trattamento**

L’Ente può avvalersi di soggetti terzi per l’espletamento di attività e relativi trattamenti di dati personali di cui l’Ente la titolarità. Conformemente a quanto stabilito dalla normativa, tali soggetti assicurano livelli esperienza, capacità e affidabilità tali da garantire il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento, ivi compreso il profilo della sicurezza dei dati.

Vengono formalizzate da parte dell’Ente istruzioni, compiti ed oneri in capo a tali soggetti terzi con la designazione degli stessi a "Responsabili del trattamento". Vengono sottoposti tali soggetti a verifiche periodiche al fine di constatare il mantenimento dei livelli di garanzia registrati in occasione dell’affidamento dell’incarico iniziale.

**5. Soggetti autorizzati al trattamento**

I Suoi dati personali sono trattati da personale interno previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento, a cui sono impartite idonee istruzioni in ordine a misure, accorgimenti, modus operandi, tutti volti alla concreta tutela dei suoi dati personali.

**6. Finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati**

Il trattamento dei dati personali e particolari è effettuato in funzione del Servizio di Refezione scolastica ed è diretto esclusivamente all’esecuzione del servizio stesso, del quale l’Interessato usufruisce, ed avverrà con strumenti informatici e/o con supporto documentale cartaceo per le seguenti modalità:

1. Dati personali anagrafici per l’identificazione dell’Interessato di diete speciali nell’ambito dell’esecuzione del predetto servizio;

2. Dati particolari sulle condizioni di salute per la erogazione di diete speciali nell’ambito dell’esecuzione del predetto servizio;

**7. Destinatari dei dati personali**

I suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione e saranno trattati unicamente dal Titolare tramite personale espressamente autorizzato ed, in particolare dai propri dipendenti, collaboratori o consulenti preposti a specifiche mansioni o compiti che richiedano, per la loro esecuzione, la disponibilità dei dati stessi e secondo le finalità di cui sopra.

Tali dipendenti hanno ricevuto adeguate istruzioni e la nomina ad incaricati del trattamento, secondo quanto previsto dalla legge.

I Suoi dati personali potranno essere comunicati a terzi soggetti pubblici e/o privati per i quali la comunicazione dei dati è obbligatoria o necessaria in adempimento ad obblighi di legge.

In particolare, i predetti dati saranno trattati dalle seguenti categorie di soggetti incaricati:

- Dietista preposto presso la competente struttura erogatrice del servizio;

-Ufficio prodotto dell’Area Territoriale competente.

- Personale adibito alla preparazione e somministrazione, ove prevista.

- Personale del Nido d’Infanzia frequentato dal bambino

I predetti incaricati saranno comunque tenuti al segreto professionale sui dati conosciuti nonché ad adottare tutte le prescrizioni a tutela della riservatezza di cui alla vigente normativa.

I suoi dati personali non verranno diffusi in alcun modo.

**8. Trasferimento dei dati personali a Paesi extra UE**

I suoi dati personali non sono trasferiti al di fuori dell’Unione europea.

**9. Periodo di conservazione**

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell’art. 5 del GDPR, il periodo di conservazione dei Suoi dati personali e particolari è stabilito per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati per l'esecuzione di obblighi di legge e l'espletamento delle finalità del servizio.

A tal fine, anche mediante controlli periodici, viene verificata costantemente la stretta pertinenza, non eccedenza e indispensabilità dei dati rispetto al rapporto, alla prestazione o all'incarico in corso, da instaurare o cessati, anche con riferimento ai dati che Lei fornisce di propria iniziativa. I dati che, anche a seguito delle verifiche, risultano eccedenti o non pertinenti o non indispensabili non sono utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene.

Al termine dell’ arco temporale di riferimento il trattamento di detti dati cesserà senza necessità di alcuna ulteriore comunicazione da parte dell’Interessato e il Titolare provvederà alla cancellazione dei dati non più necessari per le finalità di cui sopra.

**10. I suoi diritti**

Nella sua qualità di interessato, Lei ha diritto:

● di accesso ai dati personali;

● di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo

riguardano;

● di opporsi al trattamento;

● di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

**11. Dichiarazioni dell’interessato**

- L’Interessato dichiara di aver letto e compreso la presente informativa di cui riceve copia, e di aver ricevuto esaurienti spiegazioni in merito alle finalità di trattamento ai fini dell’esecuzione del Servizio.

-L’Interessato dichiara di aver perfettamente compreso l’informativa che precede.

-L’Interessato prende atto che il consenso al trattamento dei dati come sopra descritto è obbligatorio per la fruizione del servizio.

**Consenso dell'interessato a trattamenti indispensabili per la prosecuzione del rapporto:**

Presta il Suo consenso, acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi del Reg.to UE 2016/679

Al conferimento dei dati personali anagrafici per le finalità come sopra descritte:

**□ do il consenso □ non do il consenso**

Al conferimento dei dati particolari inerenti lo stato di salute per le finalità come sopra descritte:

**□ do il consenso □ non do il consenso**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome e Cognome

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