

(consegnare in busta chiusa solo in caso di necessità:
ad esempio, segnalazione di patologie ed eventuali terapie, allergie e intolleranze anche agli alimenti)

NOTIZIE PARTICOLARI RELATIVE A

Cognome figlio/a

Nome figlio/a

Segnaliamo al Responsabile dell'oratorio le seguenti notizie particolari e riservate che riguardano nostro/a figlio/a:

ATTENZIONE: solo per chi è iscritto alla MENSA e segnala allergie o intolleranze è necessario consegnare contestualmente all'iscrizione un CERTIFICATO MEDICO RECENTE che le attesti.

**Informativa relativa alla tutela della riservatezza,
in relazione ai dati personali raccolti per le attività educative della Parrocchia.**

Dichiariamo di aver letto e compreso l'Informativa circa l'utilizzo dei dati e prestiamo il consenso al trattamento dei dati relativi alla salute da noi forniti riguardanti nostro/a figlio/a.

Luogo e data, _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

DA COMPILARE SE IL MODULO É FIRMATO DA UN SOLO GENITORE

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data, _____

Firma di un genitore _____

- ATTENZIONE -

**Le richieste di DIETA SANITARIA devono avvenire
tramite PRESCRIZIONE MEDICA, di seguito le caratteristiche:**

- Data
- Nome e cognome del paziente
- Diagnosi, motivo della dieta
- Precise indicazioni dietetiche (alimenti da escludere, eventuali eccezioni, eventuale tolleranza delle tracce)
- Durata della dieta, se la durata è temporanea
- Eventuali tabelle personalizzate
- Firma del medico curante o dello specialista

Non possono essere accettati test allergologici da interpretare o referti del pronto soccorso da interpretare, è necessaria in ogni caso una prescrizione medica.

Per il favismo si consiglia di far precisare se sono intolleranti solo alle fave, intolleranti a fave e piselli, intollerante a tutti i legumi e se si tollerano le tracce.

**Insieme alla prescrizione medica, è necessario anche compilare
il MODULO DI RICHIESTA per la dieta speciale, disponibile in allegato.**

COPIA PER SCUOLA/ORATORIO***PROSPETTO RICHIESTA DIETE SPECIALI***

COGNOME	NOME	DIETA RICHIESTA	CERTIFICATO MEDICO	
			SI	NO
NOTE DEL GENITORE FIRMA _____				

Data..... **FRIMA PER RICEVUTA**_____

Pellegrini S.p.A.

HACCP/IO/01/01

COPIA PER CUCINA***PROSPETTO RICHIESTA DIETE SPECIALI***

COGNOME	NOME	DIETA RICHIESTA	CERTIFICATO MEDICO	
			SI	NO
NOTE DEL GENITORE FIRMA _____				

Data..... **FRIMA PER RICEVUTA**_____