



Città di Selvazzano Dentro

SOLIDARIA
VOLONTARIATO È PARTECIPAZIONE
SELVAZZANO DENTRO
Territorio Solidaria 2025

Gentile Genitore,

si comunicano di seguito le procedure da seguire in presenza di alunni che necessitano di diete speciali per allergie/ intolleranze alimentari o per motivazioni etico/religiose che usufruiranno della mensa scolastica per l'anno scolastico 2025-2026.

LE DIETE VANNO RICHIESTE OGNI NUOVO A.S. - QUELLE DELL'ANNO PRECEDENTE NON SARANNO ATTIVATE SE NON VERRA' PRESENTATA LA DOCUMENTAZIONE AGGIORNATA.

LA RICHIESTA SARA' GARANTITA DAL TERZO GIORNO LAVORATIVO SUCCESSIVO ALLA RICEZIONE DEI MODULI

Le **diete speciali per allergie/intolleranze** alimentari devono essere richieste dai genitori/tutori e comprovate da certificato medico "leggibile", completo di firma di consenso al trattamento dei dati personali indispensabili per la gestione della dieta, compilando **il modulo A** allegato alla presente. Per l'esclusione di alcuni alimenti per motivazioni **etico-religiose** dovrà essere compilato **il modulo B** allegato, completo di firma di consenso al trattamento dei dati personali indispensabili per la gestione della dieta.

Rischio shock anafilattico

Nel caso venga segnalata dal medico la possibilità che si verifichi uno **shock anafilattico** a seguito dell'ingestione accidentale di un alimento "non consentito", è indispensabile predisporre il "**Piano di gestione dell'emergenza anafilattica**" (Allegato C) completo di:

1. dati identificativi dell'alunno;
2. numeri telefonici di emergenza (pronto soccorso – familiari);
3. indicazioni scritte dei familiari e del medico di competenza sulle modalità di primo intervento accompagnate da una autorizzazione liberatoria;
4. nominativi del personale docente e/o non docente opportunamente formati e informati a prestare il primo soccorso;
5. farmaci salvavita (sempre a disposizione in luoghi opportunamente identificati e a conoscenza del personale docente addetto al primo soccorso).

I presenti moduli devono essere trasmessi DEBITAMENTE COMPILATI al Protocollo del Comune protocollo@comune.selvazzano-dentro.pd.it .

Cordiali Saluti
Settore Servizi alla Persona
Ufficio Pubblica Istruzione

Settore: Servizi alla Persona

Capo Settore dott.ssa Orietta Valente

Ufficio Competente: Pubblica Istruzione

Tel. + 39 049 8733828 E-mail: r.canella@comune.selvazzano-dentro.pd.it / pubblica.istruzione@comune.selvazzano-dentro.pd.it

Piazza Guido Puchetti n.1 – 35030 Selvazzano Dentro (PD)

Codice fiscale: 80010110288 – Partita IVA: 01886500287 - www.comune.selvazzano-dentro.pd.it

PEC: selvazzanodentro.pd@cert.ip-veneto.net e-mail: protocollo@comune.selvazzano-dentro.pd.it



MODULO A

Al COMUNE DI SELVAZZANO DENTRO
Ufficio Pubblica Istruzione
Piazza G. Puchetti, n. 1
35030 – Selvazzano Dentro (PD)

DA INVIARE A : **protocollo@comune.selvazzano-dentro.pd.it**

Al DIRIGENTE SCOLASTICO

- ☐ Istituto. Comprensivo 1 Via Genova, 4 – Tencarola
- ☐ Istituto Comprensivo 2 Via Cesarotti, 1/A– Selvazzano

MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA

A.S. 2025/2026

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____ genitore o
esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____ n° _____
tel. abitazione n° _____
cell. n° _____ che frequenta la classe _____ sezione _____
della scuola _____

per l'anno scolastico 2025/2026

l'alunno/a è presente in mensa nei seguenti giorni:

L	M	M	G	V
----------	----------	----------	----------	----------

CHIEDE

la somministrazione al\alla proprio\la figlio\la di (barrare la casella interessata)

☐ **Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a tal fine si allega:**

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

☐ **Dieta speciale per celiachia a tal fine si allega:**

- certificazione del medico curante con diagnosi

☐ **Dieta speciale per altre condizioni permanenti a tal fine si allega:**

- certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Data _____

Firma _____

MODULO B

Al COMUNE DI SELVAZZANO DENTRO
Ufficio Pubblica Istruzione
Piazza G. Puchetti, n. 1
35030 – Selvazzano Dentro (PD)

DA INVIARE A: **protocollo@comune.selvazzano-dentro.pd.it**

Al DIRIGENTE SCOLASTICO

- ☐ Istituto. Comprensivo 1 Via Genova, 4 – Tencarola
- ☐ Istituto Comprensivo 2 Via Cesarotti, 1/A– Selvazzano

MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI ETICO-RELIGIOSI PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA

A.S. 2025/2026

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____ genitore o
esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____ n° _____
tel. abitazione n° _____
cell. n° _____ che frequenta la classe _____ sezione _____
della scuola _____

per l'anno scolastico 2025/2026

l'alunno è presente in mensa nei seguenti giorni:

L	M	M	G	V
----------	----------	----------	----------	----------

CHIEDE

l'erogazione per il/la proprio/a figlio/a di dieta per motivi etico-religiosi con l'esclusione dall'alimentazione dei seguenti alimenti:

- carne suina ☐
- carne bovina ☐
- tutti i tipi di carne ☐
- carne e pesce ☐

altri alimenti _____

Data _____

Firma _____



ALLERGIA ALIMENTARE ED ANAFILASSI: PROGRAMMA DI INTERVENTO IN CASO DI EMERGENZA all. C

Nome _____
Cognome _____
Luogo e Data di nascita _____
Residenza _____

Fotografia del/della paziente

ALLERGIA A:

- | | |
|---|--|
| ☐ Cereali contenenti glutine | ☐ Arachidi |
| ☐ Crostacei | ☐ Soia |
| ☐ Uova | ☐ Latte |
| ☐ Pesce | ☐ Frutta a guscio |

Altri _____

REAZIONE ANAFILATTICA PREGRESSA: ☐ SI ☐ NO

ASMA: ☐ SI ☐ NO

}

alto rischio
di sviluppare
una reazione
allergica grave

SINTOMI DI REAZIONE ALLERGICA:

(alla comparsa contemporanea di più sintomi procedere immediatamente con il piano di intervento farmacologico)

- ☞ BOCCA: prurito e gonfiore delle labbra e della lingua.
- ☞ GOLA: prurito, **tosse stizzosa e abbaiente, voce roca.**
- ☞ PELLE: **pomfi o eritema localizzati o diffusi, gonfiore del volto e delle estremità.**
- ☞ APPARATO DIGERENTE: nausea, dolore addominale a crampo, **vomito e/o diarrea ripetuti.**
- ☞ APPARATO RESPIRATORIO: **tosse stizzosa e abbaiente, respiro sibilante, difficoltà respiratoria.**
- ☞ APPARATO CIRCOLATORIO: **collasso.**
- ☞ APPARATO NEUROLOGICO: **scarsa vivacità, abbattimento, perdita di coscienza.**

PIANO DI INTERVENTO FARMACOLOGICO

N.B. Il kit salvavita si trova _____

1. Se sintomi: PRURITO ALLA GOLA, GONFIORE LABBRA E LINGUA, POMFI O ERITEMA, NAUSEA, DOLORE ADDOMINALE A CRAMPO

☞ dare: ANTISTAMINICO nome commerciale _____
dosaggio _____ scadenza _____ (conservare a temperatura ambiente al riparo dalla luce)

☐ **SOMMINISTRATO ANTISTAMINICO: Data _____ Ora _____**

☞ dare: BRONCODILATATORE nome commerciale _____
dosaggio _____ scadenza _____ (conservare a temperatura ambiente al riparo dalla luce)

☐ **SOMMINISTRATO BRONCODILATATORE: Data _____ Ora _____**

2. Se progressione dei sintomi (10-15 minuti): ORTICARIA CON GONFIORE AL VOLTO E/O VOCE AFONA E/O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA E/O COLLASSO

☞ somministrare: **ADRENALINA AUTOINIETTABILE** fiala _____mg
nome comm. _____ scadenza _____ (conservare a temp. amb. al riparo dalla luce)

ISTRUZIONI PER L'USO DELL'ADRENALINA AUTOINIETTABILE



I due autoiniettori disponibili sul mercato italiano:

- **Jext** (a sinistra);
- **Fastjekt** (a destra).



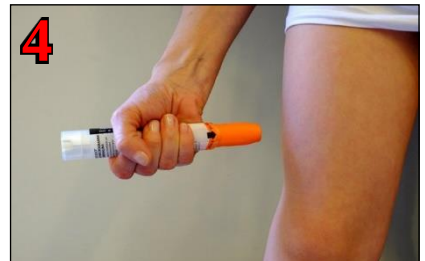
1. Rimuovere il tappo colorato.



2. Applicare la punta della penna alla parte esterna della coscia.



3. Premere con forza finché non si sente uno scatto di attivazione. Tenere in posizione per 10 secondi.



4. Rimuovere la penna.

☞ lasciare la persona dove si trova e mai da sola, evitando di mantenerla in posizione eretta

☞ se la persona è cosciente metterla in posizione anti-shock, sollevando le gambe in modo da favorire l'afflusso di sangue alla testa e al cuore.
Se presenta difficoltà respiratoria (asma) tenere il busto un po' sollevato da terra

☞ se la persona è incosciente metterla nella posizione laterale di sicurezza secondo le norme di primo soccorso

☐ **SOMMINISTRATA ADRENALINA:** Data _____ Ora _____

☞ chiamare il **118** ed avvisare:

RIFERIMENTO _____ n. tel. _____

RIFERIMENTO _____ n. tel. _____

RIFERIMENTO MEDICO _____ n. tel. _____

CONSEGNARE L'ADRENALINA SOMMINISTRATA AL PERSONALE SUEM (118) O A QUELLO DEL PRONTO SOCCORSO DOVE VIENE CONDOTTA LA PERSONA PER LA SUCCESSIVA OSSERVAZIONE.

FIRMA DEL/DELLA PAZIENTE:

FIRMA DEL MEDICO CURANTE:

Luogo e Data: _____

DA COMPILARE E TRASMETTERE ASSIEME ALLA RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa sul Trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e del D. lgs. 196/2003 e s.m.i. (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Si informa che i dati forniti con la domanda di iscrizione al servizio mensa scolastica saranno trattati secondo le modalità previste dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali), sulla base dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza.

Titolare del Trattamento dei dati personali – Il titolare del trattamento è il Comune di Selvazzano Dentro con sede in piazza Puchetti, 1 – 35030 Selvazzano Dentro (PD) – tel. 0498733999.

Il Responsabile della protezione dei dati personali è Federico Rosso di Hts Srl, contattabile al seguente indirizzo di posta elettronica: dpo@comune.selvazzano-dentro.pd.it – telefono: 049/8733999.

Base giuridica del trattamento - Il trattamento dei dati è fondato sulla previsione di cui all'art. 6, comma 1, lett. c) del GDPR *“il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento”* e lett. e) *“il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento”*.

Finalità del trattamento – I dati personali verranno trattati per la gestione della domanda presentata per il servizio mensa scolastica e per la predisposizione delle conseguenti attività strumentali e complementari (gestione ordinaria, accertamenti, rimborsi, riscossione coattiva, rateizzazione e certificazione). A tal fine, Le sono richiesti i dati contenuti nel presente modulo e, nello svolgimento del servizio in suo favore, eventuali ulteriori dati anche di natura sensibile (diete particolari connesse ad uno stato di salute del minore).

Modalità del trattamento - I dati saranno trattati in modo manuale, informatizzato e telematico dall'Ufficio Pubblica Istruzione del Comune di Selvazzano Dentro e dalla Ditta appaltatrice nell'ambito delle finalità previste dal contratto di servizio stipulato tra il Comune di Selvazzano Dentro e la Ditta medesima.

I dati saranno trattati in conformità alla normativa vigente e in ogni caso da garantire la sicurezza e la riservatezza, da prevenire la divulgazione, gli utilizzi non autorizzati, l'alterazione o la distruzione.

Diritti dell'interessato - L'interessato potrà chiedere l'accesso ai dati personali che Lo riguardano, la rettifica, l'integrazione o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento.

L'interessato ha inoltre diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali ovvero ricorso dinanzi all'autorità giudiziaria.

CONSENSO

Il sottoscritto _____ genitore di _____ con firma apposta alla presente, conferma di aver preso visione e conoscenza dell'informativa di cui sopra e dà il proprio consenso per iscritto al trattamento dei dati personali per la gestione del regime dietetico indicato nel certificato medico, nell'ambito del servizio di mensa scolastica.

Conferma inoltre di essere stato posto a conoscenza dei propri diritti.

Lì, _____

Firma _____