



## Modulo Richiesta Diete Speciali Anno Scolastico 2025/2026

**INVIARE IL PRESENTE MODULO COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI + CERTIFICATO MEDICO A: [IT-dietistavaldinon@markas.com](mailto:IT-dietistavaldinon@markas.com)**

Il sottoscritto (nome e cognome)\*   
In qualità di (genitore/personale scolastico)\*   
Dell'alunno (nome e cognome)\*  nato il\*  /  /   
Nr. Telefono/Cellulare\*  Email\*

### Dati dell'alunno/adulto che usufruisce del pasto.\*

Tipo scuola\* ☐ PRIMARIA ☐ SECONDARIA I GRADO ☐ SECONDARIA II GRADO  
Scuola di (indicare paese)\*  Classe  Sezione   
Giorni frequenza mensa\* ☐ Lunedì ☐ Martedì ☐ Mercoledì ☐ Giovedì ☐ Venerdì  
([Indicare con una "X" l'opzione scelta](#))

### 1. Richiede per l'alunno/per se stesso, nell'A.S. 2025 – 2026, la produzione di una 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, altro):
- ☐ **Motivazione etico-religiosa** (indicare la tipologia di dieta), ([Indicare con una "X" l'opzione scelta](#)):\*
- ☐ NO MAIALE ☐ NO BOVINO ☐ NO POLLO ☐ NO TACCHINO ☐ NO PESCE  
☐ NO TUTTI I TIPI DI CARNE ☐ NO TUTTI I TIPI DI CARNE E PESCE ☐ NO TUTTI I PRODOTTI ANIMALI (dieta vegana).

### 2. Per garantire un presidio ulteriore nelle situazioni più gravi, dichiara, allo stato delle proprie conoscenze, che la dieta richiesta è da considerarsi \*

- ☐ **"pericolosa per la vita"**: il mancato rispetto è a rischio vita e/o causa di gravi effetti per la salute (es. shock anafilattico).
- ☐ **"NON pericolosa per la vita"**: il mancato rispetto NON è a rischio vita.

### 3. Allega copia del certificato medico (non necessario per diete etico-religiose).

Si accettano solo certificati medici, di cui pediatri di base (per minori)/medici di base (per adulti), specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche; certificati rilasciati da figure professionali diversi dal medico non saranno accettati. Al fine di poter formulare una dieta idonea i certificati devono contenere le seguenti indicazioni: la lista degli ingredienti/allergeni non consentiti (allergia, intolleranza) e/o la descrizione dettagliata della patologia con la specifica degli alimenti non concessi e/o eventuali specifiche bromatologiche del pasto in mensa e/o grammatura degli alimenti da seguire. Tale richiesta di dieta speciale è valida solo per l'anno scolastico in corso e per eventuali centri estivi gestiti da Markas Srl. Il certificato medico dovrà essere rinnovato annualmente. Per le sole patologie croniche (p.e. diabete tipo I, celiachia, favismo ecc.) si accetterà un'autocertificazione di continuità da parte del richiedente per gli anni successivi. Per le diete in bianco giornaliera, che hanno durata NON superiore ai 5 giorni o indicazioni specifiche da contratto, non sarà necessaria alcuna certificazione ma un'autodichiarazione del richiedente.

Al fine di tutelare al massimo gli utenti con dieta speciale non vengono accettate modifiche della dieta (integrazioni e/o restrizioni) comunicate verbalmente o sottoscritte in forma di autocertificazione, né da parte degli insegnanti, né da parte dei genitori o chi ne fa le veci. Per le sospensioni della dieta è necessario il certificato medico.

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 679/16

Il sottoscritto   
in qualità di genitore/rappresentante legale (nel caso di minore) di   
è consapevole che ai sensi dell'art. 9 del Reg. UE 679/16 "GDPR" i dati personali - e nel caso concreto le categorie particolari di dati personali - contenuti nel presente documento sono da sé volontariamente forniti a Markas Srl che si impegna al trattamento degli stessi esclusivamente ai fini della tutela della salute dell'interessato, e nel rispetto delle convinzioni etico-religiose dello stesso. Markas Srl garantisce la sicurezza e riservatezza del relativo trattamento.

Data\*  /  /  Firma\*

Data\*  /  /

Firma\*

\* = Campo obbligatorio.

**INVIARE IL PRESENTE MODULO COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI + CERTIFICATO MEDICO A: [IT-dietistavaldinon@markas.com](mailto:IT-dietistavaldinon@markas.com)**