**ZÁPISNÝ LÍSTOK NA STRAVOVANIE PRE ŽIAKA S DIÉTNYM REŽIMOM**

 **Žiadosť o poskytnutie dotácie**

***Tento zápisný lístok stravníka slúži aj ako žiadosť o poskytnutie dotácie na stravovanie podľa zákona č. 544/2010 z. z. o dotáciách v pôsobnosti MPSVaR SR s účinnosťou od 1. mája 2023***

**Školský rok: 2022/2023 od 01. 05. 2023**

**Trieda, ktorú žiak *aktuálne* navštevuje: ..................**

**Meno a priezvisko žiaka: .............................................................................................**

**Bydlisko žiaka: .............................................................................................................**

**Meno a priezvisko matky** (zákonného zástupcu): **.......................................................**

**Telefonický kontakt matky** (zákonného zástupcu): **....................................................**

**E-mail matky** (zákonného zástupcu): **...........................................................................**

**Meno a priezvisko otca** (zákonného zástupcu): **..........................................................**

**Telefonický kontakt otca** (zákonného zástupcu): **.......................................................**

**E-mail otca** (zákonného zástupcu): **..............................................................................**

**Číslo účtu zákonného zástupcu v tvare IBAN, na ktorý bude poskytnutá dotácia**

**............................................................................................................................................**

***Akceptujú sa diagnózy, pri ktorých lekár špecialista potvrdí, že zdravotný stav dieťaťa si vyžaduje diétne stravovanie.***

**O osobitnom stravovaní s diétnym režimom rozhoduje lekár a je akceptované len od lekára – špecialistu t. j. (diabetológ, imunológ, gastroenterológ, alergológ a pod.)** Žiakom, ktorí majú potvrdenie o diétnom stravovaní, bude poskytnutá dotácia ***na žiaka a deň,*** podľa zákona č. 544/2010 Z. z. o dotáciách v pôsobnosti MPSVR SR. **iba v prípade, ak sa zúčastní výchovno-vzdelávacieho procesu v základnej škole.** Dotácia na stravu bude zaslaná na účet zákonnému zástupcovi spätne za uplynulý mesiac.

**Súhlas so spracovaním osobných údajov:**

Nižšie podpísaná dotknutá osoba, týmto dávam podľa § 5 zákona č.18/2018 Z. z. O ochrane osobných údajov znení neskorších predpisov svoj súhlas so spracovaním a uchovaním svojich osobných údajov a údajov svojho dieťaťa za účelom poskytovania stravy v zariadení školského stravovania.

Doba platnosti súhlasu : Počas stravovania v ZŠS pri ZŠ Pri kríži 11, 841 02 Bratislava

Tento súhlas je možné kedykoľvek písomne odvolať .Prevádzkovateľ nebude sprístupňovať osobné údaje tretej strane a likvidáciu osobných údajov zabezpečí v súlade so zákonom č.18/2018 Z. z.

***Svojím podpisom potvrdzujem, že beriem na vedomie všetky vyššie uvedené podmienky organizácie režimu a podmienky stravovania.***

V Mikušovciach........................

 .......................................................

 Podpis zákonného zástupcu

**POTVRDENIE PRE DIÉTNE STRAVOVANIE**

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

*(odtlačok pečiatky lekára)*

**Údaje o žiakovi, ktorému je poskytovaný diétny režim:**

Meno a priezvisko žiaka:

Bydlisko:

**Stanovená Dg.**

**Stanovená diéta:**

Dátum: ........................................................................

 Odtlačok pečiatky s uvedením špecializácie lekára

a podpis lekára, ktorý odporučil diétne stravovanie