

MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE

Il/I sottoscritto/i:

genitore/tutore (1) _____

recapito telefonico _____ cognome e nome _____
e-mail _____

genitore/tutore (2) _____

recapito telefonico _____ cognome e nome _____
e-mail _____

dell'alunno/a _____

residente a _____ cognome e nome _____
in Via _____ n. _____

frequentante la scuola _____ classe _____ sez. _____

CHIEDE/ONO

la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di un particolare regime alimentare per motivi di salute
(*barrare la casella interessata*):

- DIETA per patologia temporanea
(Allegare certificato medico dettagliato rilasciato dal medico curante o dallo specialista del Servizio Sanitario Nazionale).
La richiesta vale per l'anno scolastico in corso.

- DIETA per patologia permanente
(Allegare certificato medico dettagliato rilasciato dal medico curante o dallo specialista del Servizio Sanitario Nazionale).
La richiesta vale per l'intero percorso scolastico.

Data _____

Firma(1) _____

Firma(2) _____

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation)

Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13-14 del GDPR 2016/679, che i dati personali contenuti nel presente modello sono raccolti esclusivamente ai fini dell'organizzazione del servizio di mensa scolastica. L'interessato ha diritto di conoscere l'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e le finalità del trattamento, di ottenere la cancellazione dei dati trattati in violazione di legge, l'aggiornamento, la rettifica e/o l'integrazione dei dati, di opporsi, in tutto in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano.

Data _____

Firma (1) _____

Firma (2) _____

DA CONSEGNARE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO DEL COMUNE DI TERZO DI AQUILEIA, aperto ogni giorno ferialle dalle ore 10.00 alle ore 12.30 e lunedì e giovedì pomeriggio dalle ore 17.30 alle ore 18.30