

Al Comune di MARCIGNAGO
Via Umberto 1° 213
27020 – MARCIGNAGO (PV)

SERVIZIO RISTORAZIONE SCOLASTICA
RICHIESTA DIETA SPECIALE
per l'anno scolastico _____

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via/P.zza/Fraz. _____
Telefono _____ - _____ in qualità di genitore del minore
_____ nato/a il _____ a
_____ frequentante

- Scuola dell'Infanzia
- Scuola Primaria - Classe _____

CHIEDE

Che nel corso dell'anno scolastico _____ venga applicata al proprio figlio la seguente
dieta speciale:

- DIETA SPECIALE PER ALLERGIA ALIMENTARE COME INDICATO **NELL'ALLEGATO CERTIFICATO MEDICO**
- DIETA IN BIANCO COME INDICATO **NELL'ALLEGATO CERTIFICATO MEDICO**
- DIETA IN BIANCO PER 1 SOLO GIORNO in data _____
- DIETA PER MOTIVI RELIGIOSI (ABOLIZIONE DI _____)

INFORMATIVA (ai sensi dell'art. 13 del Decreto L.gs.vo 30.06.03 n. 196)

Dichiaro di essere a conoscenza che i dati personali e sensibili qui forniti sono trattati esclusivamente ai fini dell'istruttoria della presente, relativa ad un'attività di rilevante interesse pubblico tra quelle elencate al Capo IV del citato D.Lgs.vo 196/2003, e del fatto che tali dati verranno comunicati ai soggetti che erogano il servizio o la prestazione da me richiesti e ad ogni altro soggetto a cui si renda necessario comunicarli ai fini della corretta e completa istruttoria della pratica oggetto della presente. Prendo atto, infine, che il Responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Ufficio destinatario dei dati in oggetto, che il titolare è il Comune di Marcignago, nella persona del Sindaco pro-tempore, e sono consapevole di poter esercitare presso le competenti sedi i diritti previsti dall'art. 7 del citato Decreto Legislativo 196/2003.

Marcignago, li _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....