

MODULO DI RICHIESTA DIETE SPECIALI

Il/la sottoscritto/a

Cognome del genitore: _____

Nome del genitore: _____

Recapito telefonico: _____

Email (facoltativa): _____

Chiede per il proprio/a figlio/a.

Nome del bambino _____

Cognome del bambino _____

Data di nascita: _____

Iscritto alla scuola (indicare il nome della scuola) _____

In classe _____

già fruitore del servizio l'anno precedente prima iscrizione al servizio

con rientro nei giorni (indicare con una crocetta i giorni di rientro)

lunedì Martedì Mercoledì; Giovedì; Venerdì

Che sia previsto il seguente menù speciale:

UNA DIETA ALIMENTARE DIFFERENZIATA PER MOTIVI DI SALUTE E ALLEGA UN CERTIFICATO MEDICO CON INDICAZIONE BEN PRECISA DEI CIBI DA ESCLUDERE DALLA DIETA;

UNA DIETA ALIMENTARE DIFFERENZIATA PER MOTIVI ETICO RELIGIOSI, CON ESCLUSIONE DEI SEGUENTI CIBI: _____

INFORMATIVA SULLA PRIVACY (ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 30.06.03 n. 196 e s.m.i.)

Dichiaro altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.L. 30/06/03 n°196 e s.m.i., che i dati personali e sensibili raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Comune di _____, li _____

FIRMA

