



Richiesta dieta speciale per Motivi di SALUTE Modello 1

Al Responsabile dell' Area AA.GG
Servizi Sociali Educativi Culturali

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____
Genitore* del/la bambino/a _____
Abitante in via _____
Che frequenta la scuola _____ Per l'anno scolastico ____/____

CHIEDE

La preparazione di una particolare regime alimentare per motivi di salute che prevede:

<input type="checkbox"/> DIETA NUOVA Occorre presentare una certificazione medica (del medico curante o del Servizio Sanitario Nazionale) che attesti la necessità di seguire una dieta particolare.	<input type="checkbox"/> RICONFERMA DIETA Occorre presentare una certificazione medica aggiornata (del medico curante o del Servizio Sanitario Nazionale)
--	---

Tempi di attuazione della dieta : 3 gg. Dalla consegna della documentazione all'U.O. Mensa

Informativa ai sensi dell'art. 12 e ss Regolamento UE 679/2016 e del d.lgs. n. 196/2003, come modificato dal d.lgs. n. 101/2018

I dati personali raccolti nel presente modulo sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente per finalità istituzionali, per obblighi di legge e/o precontrattuali o contrattuali. Il trattamento degli stessi avviene ad opera di soggetti impegnati alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la protezione dei dati.

Per ogni maggiore informazione circa il trattamento dei dati personali e l'esercizio dei diritti di cui agli art. 15 e ss Reg. UE 679/2016, l'interessato potrà visitare il sito <http://www.comune.rufina.fi.it/> accedendo alla sezione privacy.

Il titolare del trattamento è il Comune di Rufina.

Data

Firma del richiedente

* affidatario che esercita la patria podestà