DIETA SPECIALE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………………

residente in……………………………………………...(frazione…………………………………………) Via……………………………………………………………………………………………………………

contatto telefonico *………………………………………………………………………………………………………*

*in qualità di genitore*

dell’alunno/a…………………………………………………………………………...con pan ……………

che frequenta la scuola ………………………….…………………………………………………………. sez/cl …………………

 e fruisce del servizio mensa

C H I E D E

l’attivazione di dieta speciale sanitaria di cui si allega certificato medico per i seguenti casi:

🞎 per tutto l’anno scolastico

con scadenza sino a fine dell’anno scolastico o eventuale successiva formale disdetta

🞎 per situazione temporanea ovvero dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data………………… FIRMA DEL GENITORE……………………………….

Autorizzazione al trattamento dei dati personali. Con la presente si autorizza il Comune al trattamento ed alla raccolta dei propri dati personali e di quelli dei propri familiari ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 30.6.2003 e del GDPR (regolamento UE 2016/679).

***SEGNALAZIONE***

***Essendo l’elaborazione del menù speciale vincolata alla valutazione sanitaria, la data di attivazione della dieta verrà comunicata da parte dell’Ufficio al genitore richiedente.***