

	<b>MODULO RICHIESTA</b> <b>SOMMINISTRAZIONE DIETE SPECIALI</b>	M 8.5 SDS Rev 2 del 2.09.2025
---	---	-------------------------------------

Anno scolastico .....

Il / La sottoscritto/a (genitore) .....

(nome)

( cognome)

Genitore/Tutore dell'alunno/a .....

(nome)

( cognome)

frequentante la classe ..... sez. ....Scuola.....

### CHIEDE

a codesto Servizio che sia somministrata la:

dieta per motivi di salute, di cui allego certificato medico; tale certificazione è valida per l'anno scolastico in corso (tranne che per le malattie genetiche, o per le malattie croniche, per le quali la validità è l'intero ciclo scolastico)

Torino, .....

FIRMA .....

Recapito per eventuali comunicazioni:

Cognome e Nome ..... Tel. ....

Via ..... Città .....

#### INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 (PRIVACY)

*Si informa che i dati forniti con la compilazione del presente modulo saranno raccolti in apposita banca dati esclusivamente ai fini della presente istanza e per l'eventuale invio di materiale informativo. I dati saranno trattati anche con l'ausilio di sistemi informatici. Sono utilizzati i sistemi idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi.*

*Tutte le informazioni sul titolare del trattamento e sui diritti dell'interessato sono reperibili nel Modulo di iscrizione e sul sito web dell'Istituto.*

✂ .....

Ricevo dal/la sig./ra ..... Genitore/Tutore dell'alunno/a.....

Scuola ..... Classe .....

richiesta di dieta ..... per l'a.s. ....

Data.....

Firma .....