



**MODULO RICHIESTA
SOMMINISTRAZIONE DIETE SPECIALI**

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.....

C H I E D E

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