

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.

Autorizzo il trattamento dei dati ai sensi di quanto sopra indicato.

Torino,.....

Firma.....



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

Scuola Classe

richiesta di dieta per l'a.s.

Data.....

Firma