ALL'UFFICIO PROTOCOLLO

DEL COMUNE DI VILLAFALLETTO

Email: protocollo@comune.villafalletto.cn.it

info@comune.villafalletto.cn.it

OGGETTO: Richiesta di dieta speciale – anno scolastico _____/_____

Il/La sottoscritto/a _____

residente a _____ - Via/P.zza/C.so _____

tel. _____, genitore dell'alunno/a _____

frequentante la mensa della Scuola dell'Infanzia e/o della Scuola Primaria di Villafalletto, Classe _____ Sez. _____

C H I E D E

che il/la figlio/a segua una dieta speciale, come da certificato medico allegato.

Cordiali saluti

Lì, _____

Firma

_____

_____

Allegato: Certificato medico

N.B. La presente richiesta è ritenuta valida fino alla fine del ciclo scolastico, salvo eventuali comunicazioni da parte del genitore. Si comunica altresì che il menù sarà preparato entro 15 giorni dalla data della domanda.

OGGETTO: Informativa ai sensi del D. Lgs. 6/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali)

Dal 1° gennaio 2004 è in vigore, in Italia, il Codice in materia di protezione dei dati personali" Decreto legislativo n. 196 del 30/06/2003) che riforma interamente la disciplina sulla privacy.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 sulla privacy, si informa che tutti i dati forniti saranno raccolti, registrati, organizzati e conservati presso i nostri uffici e utilizzati per finalità gestionali.

I dati potranno essere trattati ed elaborati anche con l'ausilio di mezzi elettronici e automatizzati, nel rispetto della sicurezza e della riservatezza necessarie e saranno trattati per tutta la durata dell'anno scolastico.

Come soggetti interessati al trattamento dei dati, Vi è riconosciuto l'esercizio dei diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003.

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Villafalletto.

C O N S E N S O

Il/La sottoscritto/a _____

genitore di _____

Con firma apposta alla presente, conferma di aver preso visione e conoscenza dell'informativa di cui sopra e dà il proprio consenso per iscritto al trattamento dei dati personali per la gestione del regime dietetico indicato dal certificato medico.

Conferma inoltre di essere stato posto a conoscenza dei propri diritti previsti dall'art. 7 del D. L.gs. 196/2003.

Lì, _____

Firma

_____