

Comune di Santa Maria di Sala



Spett. Ufficio Pubblica Istruzione

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

Residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____ int. _____

tel. abitazione n° _____ tel. Ufficio/cellulare n° _____

in servizio presso la scuola: **Infanzia** **Primaria**

nome della scuola _____ classi _____

CHIEDE

la preparazione del particolare regime alimentare indicato (Dieta Speciale) nel certificato medico allegato:

- intolleranza e allergia alimentare
- malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, etc.)
- altra patologia (specificare): _____
- motivi sanitari temporanei (apparecchio ortodontico, intolleranze temporanee, etc specificare): _____

- per dieta vegetariana (dieta speciale):

- sostituzione di tutti i tipi di carne
- sostituzione di tutti i tipi di carne e di pesce

- per motivi culturali e religiosi osservanza della religione musulmana od altra religione:

- sostituzione carne di maiale e derivati (musulmano)
- sostituzione di tutti i tipi di carne (musulmano vegetariano)
- altro specificare _____

Le certificazioni per motivi sanitari hanno la validità riportata nel certificato medico allegato e comunque al massimo di un anno scolastico (intolleranze temporanee, apparecchio ortodontico, etc).

Santa Maria di Sala, _____ Firma _____

- **allegare fotocopia del documento di identità.**

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI

Ai sensi dell'art.13 del Regolamento Generale U.E. 679/2016 sulla protezione dei dati (GDPR), si comunica che il trattamento dei dati da Lei forniti è finalizzato esclusivamente al perseguimento dei fini istituzionali dell'Ente per l'erogazione del servizio e sarà svolto nel rispetto della normativa citata, con modalità cartacee e telematiche, mediante l'adozione e l'utilizzo di strumenti idonei ad elaborarli anche insieme a dati riferiti ad altri soggetti. Il titolare del trattamento è il Comune di Santa Maria di Sala. La firma apposta in calce attesta la visione dell'informativa allegata.

Santa Maria di Sala, _____ Firma _____