



Comune di Signa

(Città metropolitana di Firenze)

U.O. Pubblica Istruzione
Comune di Signa

OGGETTO: **Rinuncia alla dieta speciale**

Il sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno _____

frequentante la Scuola _____ classe _____ sezione _____

COMUNICA

di rinunciare alla dieta speciale con decorrenza dal _____

Si allega il certificato medico in caso di rinuncia alla dieta speciale per:

- Intolleranza e allergia alimentare
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, etc.)
- Altro specificare _____

Informativa ai sensi dell'art. 12 e ss Regolamento UE 679/2016

I dati personali raccolti nel presente modulo sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente per finalità istituzionali e/o per obblighi di legge e/o precontrattuali o contrattuali. Il trattamento degli stessi avviene ad opera di soggetti impegnati alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la protezione dei dati.

Per ogni maggiore informazione circa il trattamento dei dati personali e l'esercizio dei diritti di cui agli art. 15 e ss Reg. UE 679/2016, l'interessato potrà prendere visione dell'Informativa, dei "Diritti degli interessati" e del relativo modulo, pubblicati nella home page del sito del Comune, nella "Sezione Privacy – Regolamento U.E".

Il titolare del Trattamento è: Comune di Signa

Signa, _____

Firma genitore _____

(La firma deve essere apposta davanti all'impiegato addetto al ritiro o si deve allegare fotocopia del documento di identità)

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

In relazione alla presente domanda attesto che:

il sottoscrittore ha firmato in mia presenza la presente dichiarazione, previa ammonizione di legge sulla responsabilità penale prevista in caso di dichiarazioni mendaci

- Estremi documento di identità _____

- Persona conosciuta _____

allega il documento di identità del sottoscrittore

Signa, _____

firma del dipendente _____