



Istituto Scolastico Paritario "VINCENZA ALTAMURA"
via David Salinieri, 5 - 00154 Roma
06/324679220 - 06/51600157 - istituto@scuolaaltamura.it - www.scuolaaltamura.it
Scuola dell'Infanzia RM1A25700X - Scuola Primaria RM1E08700X
Scuola Secondaria di 1° grado RM1M06200R
C. F. 02516370588 - P. I. 01068791001

Al Coordinatore didattico

MODULO DI RICHIESTA DI DIETA DIFFERENZIATA PER LA REFEZIONE SCOLASTICA

__l__ sottoscritt _____
genitore dell'alunn _____
nat __ a _____ il _____ C. F. _____
residente a _____ in via/pz. _____ n. _____
Cap _____ tel. _____ cell. _____
e-mail _____ frequentante per l'anno scolastico 20__/20__ la
scuola _____ Sezione/Classe _____

CHIEDE

per il predetto minore l'applicazione di regime dietetico differenziato per motivi sanitari.

__l__ sottoscritt ____, altresì, autorizza il Coordinatore didattico a trasmettere con protocollo riservato al gestore dei certificati medici dell'azienda fornitrice dei pasti di codesto Istituto, copia della documentazione medica giustificativa del regime dietetico differenziato, nel rispetto del nuovo Regolamento generale sulla protezione dei dati, (Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE).

__l__ richiedente dichiara di essere informat__ ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 che i dati riportati nel presente modello e/o nella documentazione allegata saranno trattati esclusivamente ai fini dell'elaborazione ed erogazione della dieta differenziata per cui viene fatta richiesta.

Si allega la certificazione medica in originale.

Roma, _____

Firma
