

UFFICIO PUBBLICA ISTRUZIONE

RICHIESTA DIETA SPECIALE

Il/la_sottoscritto/a _____ telefono _____

genitore dell'alunno/a _____

frequentante la scuola _____ classe _____ sez. _____

CHIEDE

che al proprio/a figli/a venga somministrata durante la refezione scolastica per l'a.s. _____:

Dieta priva di qualsiasi tipo di carne e derivati

Dieta priva di carne di maiale e derivati

Dieta priva di carne bovina

Dieta speciale (allegare certificazione medica)

Firma

Cusano Milanino, _____

Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla protezione dei dati)

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Cusano Milanino che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

Telefono: 02/61903.269 Indirizzo PEC: comune.cusano-milanino@pec.regione.lombardia.it

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: rpd@comune.cusano-milanino.mi.it

Il trattamento viene effettuato con finalità di interesse pubblico ai sensi dell'art. 6 par. 1 lettera e) del Regolamento 2016/679.

I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati.

Potrà far valere i suoi diritti di accesso, rettifica, cancellazione e limitazione al trattamento nei casi previsti dalla normativa vigente e ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Privacy qualora ne ravvisi la necessità.

Le comunichiamo che il conferimento dei dati è obbligatorio e finalizzato esclusivamente al presente servizio: qualora non fornirà tali informazioni non sarà possibile istruire la pratica.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(legge 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Io sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ residente a _____

in via _____ n _____

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarò punito ai sensi del Codice penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrò dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000).

Autorizzo la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 10 della L. 675/96 e

DICHIARO CHE

la copia fotostatica di certificato medico allegata corrisponde all'originale a me intestato, rilasciato

dal medico _____ in data. _____ è depositato

presso _____

Il certificato in questione è composto da n. 1 foglio.

Il Dichiarante

Luogo e data _____

Allegato: fotocopia documento di identità