



**AL COMUNE DI VICCHIO
UFFICIO PUBBLICA ISTRUZIONE**

Via Garibaldi 1
tel. 055 8439252
e-mail: pubblica_istruzione@comune.vicchio.fi.it

RICHIESTA DIET A SPECIALE PER MOTIVI SANITARI

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

in qualità di genitore tutore legale

residente a _____ in via _____

Tel _____

RICHIEDE per il proprio figlio/a _____
(cognome e nome dell'alunno/a)

nato/a a _____ in data _____

iscritto per l'a.s. _____ c/o la Scuola _____

classe _____ sez. _____ **una dieta speciale** e pertanto allega:

certificato medico

Informativa ai sensi dell'art. 12 e ss Regolamento UE 679/2016 e del d.lgs. n. 196/2003, come modificato dal d.lgs. n. 101/2018

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 visitare il sito: www.comune.vicchio.fi.it accedendo alla sezione Privacy.

Il titolare del trattamento è il **Comune di Vicchio**.

LA PRODUZIONE DELLA DIETA SARA' GARANTITA DAL TERZO GIORNO LAVORATIVO SUCCESSIVO ALLA RICEZIONE DEL CERTIFICATO (se ricevuto martedì è garantita la produzione da venerdì, da mercoledì si passa alla settimana successiva)

Vicchio, li _____

FIRMA _____