

Oggetto: Comunicazione intolleranze /allergie/malattie metaboliche

Il / La sottoscritto/a _____
residente in via _____ n. _____
città _____ recapito telefonico . _____
genitore di _____ nato/a a _____ il

_____ il
frequentante per l'anno scolastico 20___/20___ l'Istituto Comprensivo

[] scuola primaria [] scuola sec. I grado sezione/classe _____

- 1) Fa presente che il proprio figlio è affetto da:
 - Intolleranza alimentare a.....
 - Allergia alimentare a.....
 - Altro.....
- 2) C h i e d e - che al/alla proprio/a figlio/a vengano somministrati pasti alternativi rispetto a quelli previsti nel menù stabilito
- 3) D i c h i a r a - di essere disponibile ad offrire la eventuale collaborazione a tal fine.

Data _____ Firma _____

Il/La sottoscritto/a prende atto che, in riferimento al R.E. 679/2016 (Privacy), i dati personali e/o sensibili forniti nel presente modulo e/o i documenti allegati saranno oggetto di trattamento ai soli fini dell'organizzazione del servizio di refezione scolastica Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini di predisporre la corretta erogazione del servizio per gli alunni allergici o intolleranti.

I dati saranno utilizzati per finalità di carattere istituzionale e non saranno oggetto di diffusione.

Il titolare del trattamento è l'Istituto comprensivo di Spezzano Albanese nella persona del Dirigente scolastico pro tempore. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi del R.E. 279/2016.

Data _____ Firma _____