

COMUNE DI FIRENZE

Direzione Istruzione – P.O. Mense Scolastiche ed educazione alimentare

a.s. 2018/2019

RICHIESTA DIETA PER MOTIVI DI SALUTE

I sottoscritti
telefono n.
genitori del/della bambino/a.....
della scuola.....classe.....
sezione.....

richiedono la dieta speciale per motivi di salute per il loro figlio/a per il periodo sotto indicato:
dal.....al.....

A tale proposito si allega il relativo certificato medico rilasciato dal medico/pediatra di base
attestante dettagliatamente gli alimenti da escludere dall'alimentazione quotidiana presso la
refezione scolastica.

Data.....

Firma di entrambi i genitori

.....

Dichiarazione privacy

I richiedenti dichiarano fin da ora di essere informati che ai sensi degli art. 13 – 14 del GDPR 2016/679 (consultabili al link: <https://www.comune.fi.it/pagina/informativa-istruzione>) i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e comunicati alla Direzione Istruzione – P.O. Mense Scolastiche ed Educazione Alimentare e contestualmente al Centri Cottura di riferimento, gestiti da società in appalto con il Comune di Firenze.

Data.....

Firma di entrambi i genitori

.....