IMC	**MODULO RICHIESTA** **SOMMINISTRAZIONE DIETE SPECIALI**	M 8.5 SDS Rev 2 del 2.09.2025

Anno scolastico ……..

Il / La sottoscritto/a (genitore) ……..

(nome) *(cognome)*

Genitore/Tutore dell'alunno/a ……

(nome) *(cognome)*

frequentante la classe …… sez. ……Scuola…….

C H I E D E

a codesto Servizio che sia somministrata la:

dieta per motivi di salute, di cui allego certificato medico; tale certificazione è valida per l'anno scolastico in corso (tranne che per le malattie genetiche, o per le malattie croniche, per le quali la validità è l'intero ciclo scolastico)

Torino, …… FIRMA ……

Recapito per eventuali comunicazioni:

Cognome e Nome …… Tel. ……...

Via …… Città ……

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 (PRIVACY)

Si informa che i dati forniti con la compilazione del presente modulo saranno raccolti in apposita banca dati esclusivamente ai fini della presente istanza e per l'eventuale invio di materiale informativo. I dati saranno trattati anche con l'ausilio di sistemi informatici. Sono utilizzati i sistemi idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi.

Tutte le informazioni sul titolare del trattamento e sui diritti dell'interessato sono reperibili nel Modulo di iscrizione e sul sito web dell'Istituto.

✂……

Ricevo dal/la sig./ra …… Genitore/Tutore dell'alunno/a……..

Scuola …… Classe ……..

richiesta di dieta …… per l'a.s. ……...

Data……. Firma ……..