

Oggetto: Comunicazione intolleranze /allergie/malattie metaboliche

Il / La sottoscritto/a _____
residente in via _____ n. _____
città _____ recapito telefonico _____
genitore di _____ nato/a a _____
il _____
frequentante per l'anno scolastico 20___/20___ l'Istituto Comprensivo "G. MAZZINI"
[] scuola infanzia [] scuola primaria [] scuola sec. I grado sezione/classe _____
Plesso _____

Fa presente che il proprio figlio è affetto da:

- ☐ Intolleranza alimentare a.....
- ☐ Allergia alimentare a.....
- ☐ Altro.....

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 "G. MAZZINI" 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 _____