

**MODULO A)**

COMUNE o ISTITUTO COMPRENSIVO DI \_\_\_\_\_

AL SERVIZIO NUTRIZIONALE DI

EURORISTORAZIONE SRL

**FAX 0422 362720**

DATA \_\_\_\_\_

**OGGETTO : RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER ALLERGIE INTOLLERANZE ALIMENTARI**

Nome e Cognome alunno/a: \_\_\_\_\_

Scuola: \_\_\_\_\_ classe e sez. \_\_\_\_\_

Giorni di presenza dell'alunno/a in mensa

- Lunedì
- Martedì
- Mercoledì
- Giovedì
- Venerdì

Note aggiuntive del genitore :

---

---

---

Eventuale recapito telefonico del genitore: \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**MODULO a)**

**OGGETTO : INFORMATIVA AI SENSI DEL 196/2003( codice in materia di protezione dei dati personali)**

Dal 1° gennaio 2004 è in vigore, in Italia, il "Codice in materia di protezione dei dati personali"

(Decreto legislativo n.196 del 30/06/2003) che riforma interamente la disciplina sulla privacy.

Ai sensi del D.L.gs196/2003 sulla privacy, si informa che tutti i dati forniti saranno raccolti, registrati, organizzati e conservati presso i nostri uffici e utilizzati per finalità gestionali.

I dati potranno essere trattati ed elaborati anche con l'ausilio di mezzi elettronici e automatizzati, nel rispetto della sicurezza e della riservatezza necessarie e saranno trattati per tutta la durata dell'anno scolastico.

Come soggetti interessati al trattamento dei dati, Vi è riconosciuto l'esercizio dei diritti previsti dall'art.7 del D.L.gs 196/2003.

Titolare del trattamento dei dati è la Ditta EURORISTORAZIONE SRL

**CONSENSO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_

Cui firma apposta alla presente, conferma di aver preso visione e conoscenza dell'informativa di cui sopra e dà il proprio consenso per iscritto al trattamento dei dati personali per la gestione del regime dietetico indicato nel certificato medico.

Conferma inoltre di essere stato posto a conoscenza dei propri diritti previsti dall'art.7 del D.L.gs. 196/2003.

Lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_