

OGGETTO: Modifica/rinuncia somministrazione dieta speciale ANNO SCOLASTICO 20___/20___.
IL/LA SOTTOSCRITTO/A (GENITORE O ESERCENTE LA POTESTA)

COGNOME	NOME	NATO/A A	IL (gg/mm/aaaa)
RESIDENTE A	IN VIA	N°	PROV.
TELEFONO N°	CELLULARE N°	EMAIL	

Viste le norme che regolano il servizio e richiamate le direttive sanitarie per le scuole materne, elementari e medie inferiori situate nel territorio dell' Azienda USL di Imola prot. 26454 del 17/07/2013 e dell' Azienda USL di San Lazzaro prot Comune Ozzano dell' Emilia n. 25646 del 19/09/2013

**DICHIARA
per l' alunno/a**

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA (gg/mm/aaaa)
SCUOLA	CLASSE	SEZIONE

- di modificare / integrare * (la)
 di rinunciare (alla)

dieta speciale prot. n. _____ a.s. _____ / _____
a decorrere dalla data (specificare) _____

E SI IMPEGNA

- ✓ A dare tempestiva comunicazione a codesta società circa eventuali modifiche e/o integrazioni da introdurre nel regime alimentare del proprio figlio.

*** In caso di modifica/integrazione è obbligatorio allegare CERTIFICAZIONE MEDICA**

Il /La sottoscritto/a dichiara di essere stato informato/a ai sensi dell'art. 13 del D.lgs n. 196/2003 che i dati personali sono richiesti, raccolti e trattati per lo svolgimento delle specifiche funzioni aziendali e nei limiti previsti dalla relativa normativa; la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni aziendali; l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003 attraverso le seguenti modalità: invio di un'e-mail all'indirizzo: info@solariscspietro.it; invio di una raccomandata A.R. all'indirizzo: Solaris S.r.l. Via Oberdan, 10/11 - Castel S. Pietro Terme (BO).

Il/La sottoscritto/a ai sensi degli art. 23 e 130 del Codice privacy (D.Lgs. 196/2003), dichiara di aver preso visione dell'Informativa ed esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili forniti con la presente domanda esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni di codesta società.

ADDI' _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Da consegnare a : **SOLARIS SRL - SPORTELLO UNICO UTENTI** email: info@solariscspietro.it / sportello.ozzano@solariscspietro.it

- via Oberdan 10/11 Castel S. Pietro Terme, tel. 051/6951978 fax 051/6951966
orario: lunedì, giovedì e sabato dalle ore 8.30 alle ore 12.30 e giovedì dalle ore 15.00 alle ore 17.45
- c/o sede Municipale Ozzano dell' Emilia, tel. 051/791318 fax 051/791345
orario: lunedì, martedì, mercoledì e venerdì dalle ore 8,30 alle ore 12,30, il sabato dalle ore 8,30 alle ore 11,30

RISERVATO ALL' UFFICIO

La suddetta dichiarazione è stata sottoscritta in presenza del funzionario incaricato

Addi' _____

Firma del funzionario incaricato

La suddetta dichiarazione è stata inoltrata a mezzo allegando copia fotostatica di documento d' identità

La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia posta in presenza del funzionario addetto, ovvero l' istanza sia inoltrata via fax, email, tramite un incaricato oppure a mezzo posta unitamente alla fotocopia del documento d' identità del sottoscrittore in corso di validità (Art. 38 DPR n. 445/2000).