



Città di Legnano

ALL'UFFICIO RISTORAZIONE SCOLASTICA

Anno scolastico

Il / La sottoscritto/a (genitore)

(nome)

(cognome)

Genitore/Tutore dell'alunno/a

(nome)

(cognome)

frequentante la classe

sez.

Scuola

CHIEDE

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, per le quali la validità è l'intero ciclo scolastico)
- Dieta per motivi etico-religiosi con l'esclusione dei seguenti alimenti (tale richiesta è valida per l'intero ciclo scolastico):

carne di maiale e derivati

tutti i tipi di carne e derivati

tutti i tipi di carne e pesce

pesce

uova

altro - specificare

Legnano, \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Recapito per eventuali comunicazioni:

Cognome e Nome

Tel.



Città di Legnano

Via

cap

Città

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.Lgs. 196/2003 (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.*

*Autorizzo il trattamento dei dati ai sensi di quanto sopra indicato.*

Legnano, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_