

COMUNEDISTRIANO

(Provincia di Napoli)
Via Sarno, 80040 Striano
Tel. 081.8276202 – Fax 081.8276103 – P.I. 01254261215 - C.F. 01226000634
segreteria@comune.striano.na.it www.comune.striano.na.it

Allegato C al Capitolato

**Servizio refezione scolastica dei Comuni di Striano e San Gennaro Vesuviano
per l'aa.ss. 2016/2017**

MODULO PER LA RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

Al Responsabile Servizio AA.GG.

Comuni di Striano

Oppure

**Al Responsabile Servizio Sociale
Comune di San Gennaro Vesuviano**

Oggetto: Richiesta dieta speciale per esigenze sanitarie

Il/La sottoscritto/a _____ in _____ qualità _____ di
_____ del/della bambino/a _____ nato/a
a _____ Il _____ residente a _____
_____ in _____ via _____ Tel. _____
_____ frequentante la scuola _____ di _____
Classe _____

CHIEDE

che venga predisposta specifica dieta (od esonero di specifici alimenti) sulla base della certificazione medica allegata.

Luogo e data _____

Infede

INFORMATIVA AISIENSIDELL' ART. 13 D. LGS. 196/2003

L'Asl, titolare del trattamento dei dati, rende la seguente informazione:

- 1) I dati personali, comunicati inerenti alla salute, sono raccolti e finalizzati al rilascio della certificazione per la predisposizione di una dieta speciale;
- 2) I dati trattati sono obbligatori al fine di rilasciare al richiedente la suddetta certificazione;
- 3) Il diniego a fornire i dati personali e a sottoscrivere il consenso scritto non consentirà all'Asl di rilasciare la certificazione al richiedente;
- 4) La certificazione di cui al punto 1) sarà consegnata direttamente all'interessato il quale, in caso di impossibilità di ritiro, potrà incaricare un terzo che dovrà essere munito di delega scritta e sottoscritta dall'interessato; in alternativa, dietro specificazione richiesta, sarà inviata per posta all'indirizzo indicato;
- 5) L'interessato ha la facoltà di esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 rispetto ai dati trattati.

CONSENSO DELL'INTERESSATO

Il rilascio della certificazione è subordinato al trattamento dei dati personali inerenti alla salute, ai sensi dell'art. 20 del D. Lgs. 196/2003. Pertanto, a conoscenza delle informazioni in riguardo.

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

(sbarrare la casella)

Al trattamento dei dati personali da parte dell'Asl competente per territorio.

Firma dell'interessato
