

RECAPITI:

E-mail:

ristorazione.scolastica@comune.ancona.it

Tel: 071.222.5035 – 5070 – 5054

AL COMUNE DI ANCONA
SERVIZIO POLITICHE SOCIALI
EDUCATIVE E SCOLASTICHE E
COORDINAMENTO ATS 11

RICHIESTA DIETA INDIVIDUALE PER MOTIVI DI SALUTE

ANNO SCOLASTICO _____

IL/LA SOTTOSCRITTO _____

INDIRIZZO E MAIL _____

RECAPITO TELEFONICO _____

GENITORE DEL BAMBINO/A _____

CHE FREQUENTA

☐ L'ASILO NIDO _____

☐ LA SCUOLA _____ SEZ. _____

D I C H I A R A

CHE IL PROPRIO FIGLIO/A E' AFFETTO/A DA:

☐ INTOLLERANZA ALIMENTARE (si allega certificato medico in originale con diagnosi e alimenti da escludere)

☐ ALLERGIA ALIMENTARE (si allega certificato medico in originale con diagnosi ed alimenti da escludere)

☐ MALATTIA METABOLICA – celiachia – diabete – favismo – altro (si allega certificato medico in originale ed eventuale elenco degli alimenti da escludere)

☐ ALTRO – specificare _____ si allega certificato medico in originale con elenco degli eventuali alimenti da escludere.

Inviare prima dell'inizio dell'anno scolastico. Le richieste di dieta saranno evase entro 5 giorni lavorativi

Informativa breve per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679



accanto raffigurato .

Il titolare del trattamento dei vostri dati personali è Comune di Ancona, email info@comune.ancona.it pec comune.ancona@emarche.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@comune.ancona.it. Il titolare tratta i vostri dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio dei pubblici poteri o per adempiere un obbligo legale come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi comunali, consultabile anche sul sito https://www.comune.ancona.it/it/documenti_publici/40004 o mediante il QR Code qui

Ancona, lì _____

FIRMA DEI GENITORI
