



COMUNE DI
**LONATE
POZZOLO**
PROVINCIA DI VARESE

AREA SOCIO CULTURALE
Ufficio Pubblica Istruzione

Tel. 0331/303.612 – 303.531

Riservato all'ufficio

Data

RICHIESTA DIETA PER MALATTIA METABOLICA- Anno scolastico 2026/2027

Lonate Pozzolo, _____

Il/La sottoscritto/a (*nome e cognome*) _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____ n.

_____ Tel. _____

Email (obbligatoria) _____

genitore dell'alunno/a (*nome e cognome*) _____ che

frequenta la scuola _____ Classe _____ Sez _____

CHIEDE

Che al proprio figlio venga somministrata DIETA SPECIALE PRIVA dei seguenti alimenti:

GLUTINE

(*inserire chiaramente tutti gli alimenti che devono essere **eliminati** dalla dieta*)

durante la ristorazione scolastica per CELIACHIA come da certificato medico rilasciato da

_____.

Allega alla presentazione certificato medico su modulistica ATS Insubria.

(firma leggibile) _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN APPLICAZIONE DEL REGOLAMENTO UE 2016/79

Il/La sottoscritto/a _____ nell'esercizio della potestà genitoriale del/la bambino/a _____ acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento dei dati Sindaco pro tempore del Comune di Lonate Pozzolo, ai sensi dell'art.13 del Regolamento 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati

acconsente non acconsente (*scegliere un'opzione*)

al trattamento dei dati particolari relativi al/la bambino/a per le finalità indicate nell'informativa.

Inoltre acconsente non acconsente (*scegliere un'opzione*)

alla comunicazione dei dati particolari alle categorie di soggetti indicati nell'informativa.

Lonate Pozzolo, _____

(firma leggibile) _____