



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

\_\_\_\_\_.

Altre indicazioni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_