



COMUNE DI
CASTELNUOVO
VAL DI CECINA

***All'ufficio Associato Istruzione
presso il Comune di Castelnuovo V.C (Pi)***

RICHIESTA SERVIZIO MENSA ASILO NIDO "BABY HOUSE" 2017.2018

(Dati del genitore o tutore del bambino)

Io sottoscritto/a:

Cognome e nome _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comune di nascita _____ Prov. _____

Data di nascita _____ e-mail _____

Via / p.zza _____ n° _____

Località _____ CAP. _____

Città _____ Prov. _____

In qualità di

Padre Madre Tutore

Del Bambino

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesso _____ Data di nascita _____

Comune di nascita _____ Prov. _____

CHIEDE DI USUFRUIRE DEL SERVIZIO MENSA

(particolari esigenze alimentari: **compilare allegato "A1"**)

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA (*barrare con una X*):

- a inviare l'ISEE **entro il 15/09/2017 (se non già allegato alla domanda di iscrizione)**
- Oppure Non invierà l'ISEE** con conseguente inserimento da parte dell' Ufficio nella **fascia di reddito più alta**

IL SOTTOSCRITTO AUTORIZZA, AI SENSI DEL D.Lgs 196/03, IL COMUNE DI CASTELNUOVO DI VAL DI CECINA AL TRATTAMENTO DI TUTTI I DATI FORNITI CON LA PRESENTE ISTANZA PER LA GESTIONE DEGLI INTERVENTI RELATIVI AL DIRITTO ALLO STUDIO.

Castelnuovo di Val di Cecina, li _____

Firma

MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE a.s.2017/2018

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____ genitore o esercente potestà genitoriale
del/la bambino/a _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____ n. _____
tel. abitazione n° _____ tel. Ufficio/cellulare n° _____

-
- Intolleranza alimentare
- Allergia alimentare
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)
- Altro (SPECIFICARE _____)

1. Fa presente che il proprio figlio come conseguenza di altre patologie (da specificare) non può assumere i seguenti alimenti:

Allegare certificato medico recente IN BUSTA CHIUSA in cui sia specificato il tipo di dieta speciale richiesta

(Si raccolgono certificati di medici specialisti con prescrizione dettagliata degli ingredienti da utilizzare e/o precisa indicazione terapeutica indicando gli alimenti da escludere dalla dieta; nel caso di utilizzo prodotti dietetici speciali, si prega di farlo presente nel medesimo certificato)

2. Fa presente che il proprio figlio per motivi etici o religiosi non può assumere:

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS. 196/2003

Gentile Signore/a,

desideriamo informarla che il D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dati personali" prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti. Pertanto, ai sensi dell'art.13 del D. Lgs. 196/2003, le forniamo le seguenti informazioni:

- 1) i dati da lei forniti verranno trattati per la seguente finalità: somministrazione di dieta speciale o dieta di transizione, adattamento della tabella dietetica del centro cottura, interventi di sorveglianza nutrizionale da parte della ASL competente per territorio;
- 2) il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale/informatizzato;
- 3) il conferimento dei dati è obbligatorio al fine di predisporre la dieta speciale;
- 4) il diniego a fornire i dati personali e a sottoscrivere il consenso non consentirà di predisporre a suo figlio\la la dieta;
- 5) i dati saranno utilizzati dai dipendenti comunali incaricati del trattamento, dal personale della ditta gestore del servizio di ristorazione presso la scuola, dal personale della ASL competente per territorio;
- 6) il trattamento effettuato su tali dati sensibili sarà compreso nei limiti indicati dal Garante per finalità di carattere istituzionale;
- 7) i dati non saranno oggetto di diffusione;
- 8) in ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003;
- 9) il titolare del trattamento è il Comune di Castelnuovo di Val di Cecina (PI).

data _____

Firma del genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale

Castelnuovo di Val di Cecina, _____

Firma
