

Oggetto: Comunicazione intolleranze /allergie/malattie metaboliche

Il / La sottoscritto/a _____

residente in via _____ n. _____

città _____ recapito telefonico _____

genitore di _____ nato/a _____

il _____

frequentante per l'anno scolastico 20__/20

[] scuola sec. I grado sezione/classe _____

1) Fa presente che il proprio figlio è affetto da:

Intolleranza alimentare a.....

Allergia alimentare a.....

Altro.....

Il certificato medico deve essere recentemente rilasciato dai MMG, Pediatri di libera scelta o dagli Specialisti in allergologia o malattie metaboliche con diagnosi della patologia e prescrizione dettagliata degli alimenti / ingredienti da utilizzare e/o precisa indicazione terapeutica; nel caso di necessità di utilizzo di prodotti dietetici speciali è necessario farlo presente nel medesimo certificato.

Data _____

Firma _____

.....

Il/La sottoscritto/a prende atto che, in riferimento al R.E. 679/2016 (Privacy), i dati personali e/o sensibili forniti nel presente modulo e/o i documenti allegati saranno oggetto di trattamento ai soli fini dell'organizzazione del servizio di refezione scolastica

Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini di predisporre la corretta erogazione del servizio per gli alunni allergici o intolleranti.

I dati saranno utilizzati per finalità di carattere istituzionale e non saranno oggetto di diffusione.

Il titolare del trattamento è l'Istituto comprensivo "S. Bivona" nella persona del Dirigente scolastico pro tempore.

In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi del R.E. 279/2016.

