Mod.4

MODULO DI RICHIESTA DIETA SPECIALE PERSONALIZZATA
REFEZIONE SCOLASTICA DEL COMUNE DI NAPOLI
per i Docenti e il personale ATA

Il/La sottoscritto/a COGNOME …….. NOME……

LUOGO E DATA DI NASCITA ……..….

RESIDENTE IN ……. ALLA VIA ……. ……

CAP……. RECAPITO TELEFONICO ……

E.MAIL ….....

in qualità di: ……

presso la seguente Scuola: …….

MUNICIPALITA' ……..

CHIEDE

l'applicazione di regime dietetico personalizzato per motivi sanitari per l'a.s. 2026/2027.

Allega certificazione medica con diagnosi, ed eventuali prescrizioni, in corso di validità.

Il richiedente dichiara di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30/6/2003 n.196 nonché del Regolamento 679/2016/UE che i dati riportati nel presente modello e/o nella documentazione allegata saranno trattati esclusivamente ai fini dell'elaborazione ed erogazione della dieta differenziata per cui viene fatta richiesta.
L'informativa è disponibile sul sito del Comune di Napoli link:
https://www.comune.napoli.it/informativa-privacy/

DATA FIRMA

……. …….