



COMUNE DI SCANZOROSCIATE

INTERRUZIONE TERAPIA DIETETICA

Da compilare con i dati del genitore/tutore

Cognome Nome

Residente a Prov Cap

Via n.

Tel Cell

E-mail

Chiede

Che il/la bambino/a possa interrompere la somministrazione della dieta speciale precedentemente richiesta
Dal Medico Curante/Pediatra.

Data fine dietoterapia

ALLEGARE ALLA PRESENTE CERTIFICAZIONE MEDICA COMPROVANTE LA CESSATA PATOLOGIA

Da compilare con i dati dell'alunno/a

Nome Cognome

Scuola Primaria Pascoli Primaria Moro Primaria De Sabata Secondaria di Primo Grado Nullo (36 ore)

Classe Sezione Monte ore 27 30 Classe Sezione

Data

Firma

.....

.....

INFORMATIVA SULLA GESTIONE DEI DATI PERSONALI

(D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni)

I dati forniti con la presente domanda saranno raccolti, archiviati (anche con mezzi informatici) e gestiti dall'Ufficio Pubblica Istruzione del Comune di Scanzorosciate al solo ed esclusivo scopo di gestire i servizi a cui il richiedente chiede l'accesso. La sottoscrizione del modulo costituisce, se dovuto, consenso alla gestione dei dati personali.

Data _____ Firma _____

DA CONSEGNARE A:

Comune di Scanzorosciate – UFFICIO PROTOCOLLO – P.za Costituzione, 1 24020 Scanzorosciate
Orario di apertura al pubblico: da lunedì a venerdì dalle ore 9.00 alle 12.30 - lunedì e giovedì dalle ore 16.00 alle 18.00
Per informazioni contattare l'Uff. Pubblica Istruzione tel. 035.654720 fax. 035.656228