

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
del/della bambino/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_ frequentante la **scuola dell'Infanzia** di Chieve,  
sezione \_\_\_\_\_

chiede

- che venga predisposta specifica dieta sulla base della certificazione medica allegata.
- che detta certificazione venga consegnata al sottoscritto c/o i vostri uffici.

In fede

\_\_\_\_\_

Chieve, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### CONSENSO DELL'INTERESSATO

Il rilascio della certificazione è subordinato al trattamento dei dati personali inerenti la salute, ai sensi dell'art. 22 L. 675/96. Pertanto, a conoscenza delle informazioni a riguardo

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

al trattamento dei dati da parte dell'ASL.

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_