

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di _____
del/della bambino/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in Via _____
n. _____, tel. _____ frequentante la **scuola Primaria** 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 _____