

## Sospensione Dieta Speciale/Differenziata per il Servizio di Ristorazione Scolastica

### ALLA CUCINA CENTRALIZZATA

ASP Città di Siena

Viale Toselli n°8

Siena

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

genitore dell' **ALUNNO**: \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

che frequenta la **SCUOLA** (specificare il nome della scuola): \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Elementare	<input type="checkbox"/> Materna	<input type="checkbox"/> Nido d'Infanzia
-------------------------------------	----------------------------------	--

Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ per l'Anno Scolastico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### CHIEDE LA SOSPENSIONE

della somministrazione della Dieta Speciale/Differenziata a partire dal giorno:

\_\_\_\_\_

Il/la richiedente dichiara di essere informato ai sensi del D. Lgs. 30/6/2003 n° 196 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_