

OGGETTO: Rinuncia alla dieta speciale

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)

genitore1 del/la bambino/a

nato/a a _____ il _____

residente in _____

via/piazza _____ n. _____ tel. _____

che frequenta la scuola

per l'anno scolastico ____/____

DICHIARA

Di rinunciare alla dieta speciale a partire dal ____ / ____ / ____

Data

Firma leggibile

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) 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 del richiedente

**AL COMUNE DI CAPENA
SERVIZIO EDUCATIVO**