

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI
PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA
ANNO SCOLASTICO _____**

___I___ sottoscritt___ _____ in qualità di
genitore / esercente patria potestà del minore _____

nat___ a _____ il _____

residente in _____ Fraz./Via _____

frequentante la scuola:

- INFANZIA plesso di Chevrot
 PRIMARIA plesso del Capoluogo classe _____ sezione _____

Con la presente

RICHIEDE

Che in caso di necessità, venga___ somministrat_ al bambino:

i_ seguenti medicinali: _____

il dispositivo medico: _____

che la famiglia si impegna a fornire autonomamente.

In caso di necessità contattare il n. _____

Si allega certificazione medica.

SI IMPEGNA

A trasmettere subito all'ufficio economato comunale eventuali aggiornamenti della certificazione presentata e/o revoche della presente richiesta.

Informativa GENERALE ai sensi degli articoli 12, 13 e 14 del Regolamento EU 2016/679 in materia di Protezione dei Dati Personali.

Il titolare del trattamento è il Comune di Gressan. I dati saranno trattati esclusivamente per l'esecuzione delle operazioni relative al servizio in questione. A tal fine i dati potranno essere trasmessi a soggetti terzi che svolgono funzioni strettamente connesse e strumentali all'operatività del servizio. Il trattamento sarà effettuato attraverso l'utilizzazione di strumenti informatici, telematici o cartacei per i quali sono impiegate misure di sicurezza idonee a garantirne la riservatezza e ad evitarne l'accesso a soggetti non autorizzati. In qualunque momento l'iscritto può far valere i diritti previsti dal Regolamento EU 2016/679.

Gressan, lì _____

FIRMA
