All’Ufficio Asili Nido

del Comune di Bresso

SEDE

RICHIESTA SERVIZIO PASTI A DOMICILIO

Io sottoscritta:

cognome nome

nata a il

residente a Bresso in via n.

piano scala

madre di nato/a il

Chiedo il pasto a domicilio per i seguenti giorni:

* lunedì
* martedì
* mercoledì
* giovedì
* venerdì
* sabato

Quantità pasti richiesti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(si ricorda di prenotare i pasti almeno una settimana prima)

Dieta particolare:

*(indicare diete religiose e/o eventuali intolleranze/allergie per le quali allegare opportuna certificazione del medico curante)*

DICHIARO

**di aver preso visione dell’informativa ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)**

**Bresso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Firma del richiedente

Si allegano:

* modulo consenso informativo compilato in ogni sua parte
* eventuale certificazione del medico curante per dieta particolare.
* Fotocopia carta d’identità del richiedente.