



3. \*di autorizzare l'utilizzo dell'indirizzo e-mail sopra riportato al fine di ricevere comunicazioni e gli avvisi di pagamento inerenti al servizio consapevole che le suddette comunicazioni potranno essere inviate anche in via esclusiva tramite questo canale;
4. di esibire, prima dell'avvio del servizio di refezione, adeguata certificazione medica attestante la tipologia di problema e la terapia dietetica da seguire nel caso il proprio figlio/a sia affetto da allergie, da intolleranze alimentari o da malattie metaboliche e necessari, a scopo terapeutico, dell'esclusione di particolari alimenti.

Gaiarine, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

IL/LA DICHIARANTE

(allegare fotocopia del documento di identità, in corso di validità, della persona che firma)

#### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

*Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare prontamente qualsiasi variazione che dovesse verificarsi rispetto a quanto sopra indicato ed autorizza, fin d'ora, il Comune di Gaiarine ad utilizzare i propri dati personali sopra riportati unicamente ai fini dell'organizzazione del servizio di trasporto scolastico, in applicazione del **regolamento (UE) n. 2016/679 e ss.mm.ii. in materia di trattamento dei dati personali e di privacy.***

Gaiarine, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

IL/LA DICHIARANTE

(allegare fotocopia del documento di identità, in corso di validità, della persona che firma)