

Al Comune di Rivoli  
Direzione servizi alla persona  
Ufficio Istruzione

**RICHIESTA SOSPENSIONE DIETA**  
**Anno Scolastico 2019/2020**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ con la presente  
richiede la **SOSPENSIONE** della dieta per il/la figlio/a:

\_\_\_\_\_

SCUOLA: \_\_\_\_\_

CLASSE: \_\_\_\_\_

SEZIONE: \_\_\_\_\_

Il/la dichiara:

- ✓ di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445;
- ✓ di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene resa.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_