

**RICHIESTA AMMISSIONE SERVIZIO PASTI
CENTRO DIURNO DI _____**

NOME e COGNOME _____
LUOGO e DATA di NASCITA _____
COMUNE di RESIDENZA _____
VIA/PIAZZA _____ N. _____
TELEFONO _____ CODICE FISCALE _____
CON CHI VIVE _____

CHIEDE DI USUFRUIRE DEL **SERVIZIO PASTI PRESSO IL CENTRO DIURNO**
a decorrere dal _____

FIRMA _____

Nell'eventualità che l'utente sia impossibilitato a firmare:

NOME e COGNOME _____
GRADO di PARENTELA _____
LUOGO e DATA di NASCITA _____
COMUNE di RESIDENZA _____
VIA/PIAZZA _____ N. _____
TELEFONO _____ CODICE FISCALE _____

FIRMA _____

- Appartenente alla seguente categoria protetta:

☐ INVALIDO CIVILE

☐ INABILE AL LAVORO

- ESIGENZE ALIMENTARI PARTICOLARI:

Data _____

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si informa che tutti i dati personali (comuni, identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati alla Comunità Montana di Scalve saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è la Comunità Montana di Scalve. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici della Comunità Montana di Scalve e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo www.cmscalve.bg.it Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	P.IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo del DPO
LTA S.r.l.	14243311009	Vicolo delle Palle, 25	00186	Roma	Ghirardini Daniela