CITTÀ DI CASTELLANZA
PROVINCIA DI VARESE

MODULO DI REVOCA
MENSA SCOLASTICA – A.S. 2017/2018

COMPILARE IN STAMPATELLO

Il/La sottoscritto/a: _____

(COGNOME E NOME DEL GENITORE)

residente a _____in Via _____

Cell. _____ C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

REVOCA l'scrizione alla mensa scolastica per l'a.s. 2017/2018 l'alunno/a

_____

(COGNOME E NOME DELL'ALUNNO)

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

Scuola Primaria ■ A. Manzoni Classe _____ Sezione ____

■ E. De Amicis Classe _____ Sezione ____

■ L. Da Vinci Classe _____ Sezione ____

Castellanza, _____ **Firma _____**

Informazioni sulla Legge 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

La presente informativa è resa ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs 196 del 30 Giugno 2003. I dati forniti saranno trattati, in qualità di titolare del trattamento dal Comune di Castellanza e finalizzato alla comunicazione del numero residuo dei pasti. Trattati per le predette finalità, non saranno comunicati ad altri soggetti e il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. La informiamo, infine che potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003, tra cui il diritto di conoscere l'origine dei dati, la cancellazione, trasformazione in forma anonima ed il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché il diritto di opporsi per motivi legittimi al trattamento stesso.

Castellanza, _____ **Firma _____**