

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI SUI DIRITTI DEL RICHIEDENTE
Regolamento U.E. 2016/679

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che il Comune di Sospirolo può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito dell'erogazione del servizio di mensa scolastica ed è altresì consapevole che gli stessi saranno comunicati alla ditta Camst Soc. coop.. a r.l. con sede a Villanova, Via Tosarelli 318 – Castenaso (BO), incaricata del servizio di mensa scolastica.

Il conferimento dei dati è obbligatorio, diversamente all'interessato non potrà essere erogato il suddetto servizio.

Il trattamento viene effettuato mediante strumenti analogici, informatici e/o telematici.

Il/La dichiarante può rivolgersi, in ogni momento, al Comune di Sospirolo per verificare i dati che lo riguardano e farli eventualmente aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento, se trattati in violazione di legge.

I dati saranno conservati come previsto dalle norme in materia di documentazione amministrativa.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Sospirolo e referente del trattamento il Responsabile dell'Area Economico/Finanziaria.

Il Responsabile della Protezione dei dati (RPD) è contattabile al seguente indirizzo sospirolo.bl@cert.ip-veneto.net (anche da indirizzi non PEC) specificando nell'oggetto "*Al responsabile della protezione dei dati*"

Il/La sottoscritto/a è altresì consapevole:

- che i dati indicati sopra sono idonei a rivelare lo stato di salute ovvero convinzioni classificabili come "categorie particolari di dati" (dati sensibili) che possono essere trattati solamente con il consenso libero, informato, specifico e inequivocabile;
- che il consenso è revocabile in ogni momento;
- che **il mancato consenso o la sua revoca comporta l'impossibilità di fornire la dieta speciale richiesta:**

acconsente al trattamento dei dati personali indicati sopra.

non acconsente al trattamento dei dati personali indicati sopra.

Sospirolo, _____

IL/LA DICHIARANTE

**Non verranno accettati i moduli non compilati e/o firmati in tutte le loro parti
o privi del certificato medico.**