



## **RICHIESTA SCONTO PER ASSENZA CAUSA MALATTIA - SCUOLA INFANZIA -**

Il/la sottoscritto/a ..... genitore di  
..... frequentante la scuola dell'infanzia:

Statale Onzato

Statale Cortivazzo

Comunale Beata Cerioli

SEZIONE: .....

### **DICHIARA**

che il/la proprio/a figlio/a è stato/a assente dalla Scuola dell'Infanzia dal giorno ..... al giorno  
..... per malattia **come da certificato medico allegato** e chiede l'applicazione dello sconto.

### **DICHIARA ALTRESI'**

di essere informato **che tutti i dati personali** (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati al Comune di Castel Mella saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali **nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE** e che il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Castel Mella.

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 dell'Ente e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo [www.comune.castelmella.bs.it](http://www.comune.castelmella.bs.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	VIA DELLA CONCILIAZIONE, 10	00193	ROMA	dott. Luigi Recupero

Castel Mella, lì .....

In fede

.....