

MODELO 4**DIETAS POR
INTOLERANCIAS E ALERXIAS ALIMENTARIAS****CENTRO:** CEIP CASTRO BAXOI**CURSO:** ____ / ____**Apellidos e Nome:****Data de nacemento:****Curso:****Dieta que solicita:****Observacións¹:**

IMPRESINDIBLE ACHEGAR INFORME MÉDICO E PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE INXESTA ACCIDENTAL

¹ Pódese achegar a maiores todo tipo de documentación que o pai, nai ou titor legal do alumno estime preciso.

En cumprimento do establecido na Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro, informámoslle que, mediante a entrega do presente formulario, os seus datos persoais serán tratados e quedarán incorporados ós ficheiros propiedade de JARDANAY S.L., inscritos na Axencia Española de Protección de datos, con fin de prestarlle os servizos de comedor e/ou madrugadores. Neste sentido consente de forma expresa a que os seus datos sexan tratados por JARDANAY S.L. para dar cumprimento os servizos contratados así como para remitirle información relativa os servizos prestados por esta entidade que sexan de interese para vostede. Do mesmo modo, informámoslle que mediante a aceptación do presente documento vostede consente de forma expresa, a que os seus datos persoais sexan cedidos, única e exclusivamente nos casos necesarios, ás empresas coas que JARDANAY S.L. mantén unha relación empresarial co fin de prestarlle os servizos de comedor e/ou madrugadores. Así mesmo informámoslle que vostede pode exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición dos seus datos de carácter persoal remitindo un escrito a: c/ Menéndez Pelayo nº12, 1ª Esquerda. CP 15.005 de A Coruña.