



**Necesidad de una dieta especial debido a otras enfermedades y síntomas relacionados con los alimentos**

---

---

**Firma del tutor/estudiante adulto**

Fecha	Firma
	Nombre

Acepto al mismo tiempo que mis datos personales se registren y se traten conforme con la Ordenanza de Protección de Datos (UE) 2016/679, la Ley de Protección de Datos (2018:218) y la Ley de Acceso Público a la Información y del Secreto (2009:400). Más información está disponible en [www.ludvika.se/gdpr](http://www.ludvika.se/gdpr).

**A completar por la municipalidad: Certificado del médico/dietista**

recibido el	se aplica hasta
-------------	-----------------