

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE A FARMACI.

I sottoscritti _____ esercenti la potestà dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sez. _____.

Re. Tel _____, mail _____

COMUNICANO CHE L'ALUNNO/A

non è affetto/a da allergie e/o intolleranze alimentari;

presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____
_____ come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiede il pasto alternativo durante le visite guidate e/o i viaggi d'istruzione;

non è affetto/a da allergie a farmaci;

presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Eventuali altre informazioni utili sull'alunno/a da segnalare come patologie, insufficienza cardiaca, insufficienza respiratoria, asma, etc: _____

Dichiarano di essere informati, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 Regolamento (UE) 2016/679 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Roma,

Firma dei genitori

NEL CASO FIRMI UN SOLO GENITORE: Il/La sottoscritto/a , consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317, 337 ter e quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA