



SEGNALAZIONE DI ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI

Alla cortese attenzione del Dirigente Scolastico

I sottoscritti, genitori/tutori
dell'alunno/a.....,
classe plesso.....

COMUNICANO

che, come da documentazione medica allegata alla presente, l'alunno/a è affetto/a dalla
seguente allergia o intolleranza ad alimenti o altro:

.....
.....

la quale necessita delle seguenti attenzioni:

.....
.....
.....

Invita pertanto la S.V. e il personale educativo della scuola a volersi attenere a quanto
indicato.

In fede

Luogo e data

Firma dei genitori/tutori

.....

(In caso firmi un solo genitore/tutore)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 sotto la mia personale
responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.
in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro che l'altro genitore è a conoscenza e d'accordo
circa le scelte esplicitate attraverso la presente autorizzazione.

Firma del genitore / tutore _____

Per presa visione
Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Lara Di Luigi

I dati sensibili comunicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità istituzionali previste dalle vigenti norme in
materia sanitaria ai sensi del DLGS n. 196/2003 per il trattamento dei dati personali degli alunni e delle famiglie.

Il modulo può essere inviato anche via e-mail corredato dalle copie scansionate dei documenti di identità.