Modulo segnalazione intolleranze e/o allergie alimentari

Al Dirigente scolastico
Dell'IC "Umberto I" di Lanciano

I/Il sottoscritti/o _____ e _____ genitori di _____, nato/a _____ il _____, residente in via _____, città _____, alunno/a frequentante la classe _____, sezione _____, della scuola secondaria di primo gradoper l'anno scolastico _____,

SEGNALANO/SEGNALA

che il/la proprio/a figlio/a è affetto dalle seguenti intolleranze e/o allergie alimentari indicate nella certificazione medica allegata:

☐ Intolleranza: _____ .

☐ Allergia: _____ .

DICHIARANO

di aver letto integralmente l'informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili prodotta dall'istituto ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE.

Si allega Certificazione Medica.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante _____

Genitori _____ _____

In fede.

Data _____

Firma genitore _____

Firma genitore _____

Il/la sottoscritt___, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, 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 in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Data _____ Firma del genitore _____