

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

I sottoscritti _____ (padre) e _____
(madre) dell'alunno/a _____ frequentante la
classe _____ sez. _____ dell'I.C. "F.Masci" di Francavilla al Mare – plesso

COMUNICANO CHE IL/LA PROPRI... FIGLI...

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

Eventuali altre informazioni utili da segnalare

DICHIARANO

inoltre Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati personali pubblicata nella
sezione Amministrazione Trasparente / Altri Contenuti / privacy del sito web istituzionale
dell'istituto scolastico e nella sezione privacy del sito web e di acconsentire al trattamento dei dati
ai sensi della vigente normativa (Reg. UE 2016/679).

E

e di essere consapevole che le informazioni contenute nel presente modulo e la certificazione
medica allegata potranno essere comunicate alle ditte esterne che gestiscono la preparazione dei
pasti allo scopo di predisporre il menù particolare richiesto.

Lì _____

Firma dei genitori
