

MODULO SEGNALEZIONE INTOLLERANZE ed ALLERGIE ALIMENTARI

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo Statale di UGENTO

Oggetto: Comunicazione Intolleranze e Allergie Alimentari

I sottoscritti (padre e madre) _____
_____ residenti in via _____ n. _____ città _____
_____ recapito telefonico _____ genitori di _____
_____ nato/a a _____

il _____ frequentante per l'anno scolastico 20__/20__ dell'Istituto Comprensivo di Ugento [] **scuola infanzia**, [] **scuola primaria**, [] **scuola sec. I grado** classe/sezione _____

Plesso _____

comunicano che il/la proprio/a figlio/a è affetto da:

- 1) ☐ Intolleranza alimentare
a.....
- 2) ☐ Allergia alimentare
a.....
- 3) ☐ Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)
- 4) ☐ Altro.....

I sottoscritti informano che il proprio figlio per motivi etici o religiosi non può assumere:

Data _____

Firma dei genitori

Si Acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003

(Nota importante: il mancato consenso inficia la possibilità di proseguire nella pratica)

NO ☐

SI ☐

Data _____

Firma dei genitori

NEL CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE

*Il genitore unico firmatario all'atto della firma deve essere consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000 e dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla **responsabilità genitoriale** di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.*