



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

"Sant'Alfonso M. de' Liguori"



VIA TRENTO, 21

<http://www.icsantalfonso.gov.it/>

e-mail: saic8a5005@istruzione.it

84016 PAGANI (SA)

C.F. 94029530659

TEL/ FAX 081 5152108 - 919421

Cod. Mecc. SAIC8A5005

posta certificata: saic8a5005@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto "IC
Sant'Alfonso M. De
Liguori"

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

I sottoscritti

residenti in via _____ n. _____ città _____
recapito telefonico _____ E-mail _____
genitori di _____ nato/a _____ il ____/____/____
frequentante per l'anno scolastico 20____/20____ la classe _____ di scuola _____

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

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

Eventuali altre informazioni utili sul bambino da segnalare: _____

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.

Luogo e data

Firma dei genitori