Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Renato Guttuso"
Villagrazia di Carini

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

I sottoscritti _____ esercenti la potestà dell'alunno/a _____ frequentante la classe_____ sez. _____.

Re. Tel _____, PEO _____

COMUNICANO CHE L'ALUNNO/A

☐ non è affetto/a 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 e/o l'uso delle cucine;

☐ non è affetto/a da allergie a farmaci;

☐ presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Eventuali altre informazioni utili sull'alunno/a da segnalare come patologie, insufficienza cardiaca, insufficienza respiratoria, asma, etc: _____

_____

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.

_____, lì _____ Firma dei genitori

_____

_____