Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto
"_____"

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 _____

COMUNICANO CHE IL/LA PROPRI… FIGLI…

⇨ 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;

⇨ 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

_____

_____