

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Breda di Piave

Oggetto: Comunicazione allergie e/o intolleranze alimentari.

I sottoscritti e, residenti a
....., in piazza/via, n...., genitori/tutori
dell'alunno/a....., nato/a a.....,
il, frequentante per l'anno scolastico 20__ /20__ la Classe sez , della
scuola (secondaria di primo grado, primaria, infanzia)....., del plesso
....., del Comune di.....,

DICHIARANO

(BARRARE SOLO LA PARTE CHE INTERESSA)

***che il/la propri/a figlio/a è affetto/a da:**

- Intolleranza alimentare a
- Allergia alimentare a
- Altre forme di allergia
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, fenilchetonuria, ecc.).

*** Si allega allo scopo relativa certificazione medica.**

Data

Firma dei genitori

Si acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 modificato dal D.Lgs. 101/2018 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data,

Firma dei genitori

