

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

I sottoscritti _____
cognome e nome padre *cognome e nome madre*

genitori dell'alunno/a _____
cognome e nome alunno/a

frequentante la classe _____ sezione _____ della Scuola secondaria di primo grado di via Lorenzini 4,

partecipante al viaggio di istruzione dal _____ al _____ 2023 a _____
destinazione

COMUNICANO

che il/la proprio/a figlio/a:

- non presenta intolleranze e/o allergie alimentari o a farmaci;
- presenta intolleranze e/o allergie alimentari (specificare a quali alimenti)

- presenta allergie a farmaci (specificare a quali farmaci):

Il/La/I sottoscritto/a/i presa visione dell'informativa resa dalla scuola al momento dell'iscrizione ai sensi dell'art 13 del D.Lgs 196/2003, dichiarano di essere consapevoli che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della Pubblica amministrazione. (D.L. 30.6.2003, n° 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n° 305).

In caso firma di un solo genitore il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta/comunicazione 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.

Firma padre _____

Firma madre _____