

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "A. Inveges" di Sciacca

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

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

Tel _____,

COMUNICANO CHE L'ALUNNO/A

non è affetto/a da allergie e/o intolleranze alimentari;

presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____
_____.

pertanto, chiede il pasto alternativo durante le visite guidate e/o i viaggi d'istruzione.

COMUNICANO CHE L'ALUNNO/A

non è affetto/a da allergie a farmaci;

presenta allergie ai seguenti farmaci _____

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.

_____, li _____

Firma dei genitori
