

Al Dirigente Scolastico
dell'Ipsseoa "M. Buonarroti"
Fiuggi (Fr)

SEGNALAZIONE ALLERGIE – INTOLLERANZE ALIMENTARI –
MALATTIE METABOLICHE

Il sottoscritto _____, nato/a a _____ il _____
genitore dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sez. _____

dichiara

che il proprio figlio/a è affetto da :

o **malattia metabolica** _____ di cui allega
certificazione medica rilasciata da _____

o **allergia/intolleranza alimentare** _____, di cui allega
certificazione medica rilasciata da _____

o **Altro (specificare)** _____

Alimenti da eliminare: _____

Ulteriori informazioni utili _____

Il sottoscritto/a dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa predisposta dal titolare del trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del DLgs 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, di prestare il consenso ed autorizzare il trattamento dei dati personali per i fini indicati dalla suddetta informativa.

Il dichiarante

Fiuggi, _____