

Al Dirigente Scolastico
Istituto "L. Voluseno"
Sestino-Badia Tedalda (AR)

Oggetto: Comunicazione allergie e/o intolleranze alimentari.

I sottoscritti _____ e _____ residenti
a _____ in piazza/via _____ / _____
genitori/tutori dell'alunno/a _____ nato/a a
_____ il _____ frequentante per l'anno scolastico
20___/20___ la classe/sezione _____ sez. _____ della

(barrare la casella d'interesse)

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| ☐ Scuola dell'Infanzia | ☐ Badia Tedalda | ☐ Sestino |
| ☐ Scuola Primaria | ☐ Badia Tedalda | ☐ Sestino |
| ☐ S. Secondaria di I grado | ☐ Badia Tedalda | ☐ Sestino |

DICHIARANO CHE

(barrare la casella d'interesse)

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.

_____/_____/_____

FIRMA DEI GENITORI/TUTORI

Dichiarazione da rilasciare in caso di firma di un solo genitore/tutore:

Ai sensi dell'art. 155 del codice civile, poiché anche in caso di affidamento congiunto, le decisioni importanti relative all'istruzione sono assunte di comune accordo, si richiede la firma di entrambi i genitori. Nell'impossibilità di acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____