

**COMUNICAZIONE DI EVENTUALI
ALLERGIE/PATOLOGIE
PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' DIDATTICA.**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

NOME _____ COGNOME _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

NOME _____ COGNOME _____

GENITORE/TUTORE

DELL'ALUNNO/A _____

NATO/A IL _____ A _____

_____ FREQUENTANTE LA CLASSE _____

_____ ANNO SCOLASTICO _____

NEL RISPETTO DEL DECRETO LEGISLATIVO N.196/30.GIUGNO.2003
(CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)

DICHIARA QUANTO SEGUE:

- IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A **NON HA ALCUNA ALLERGIA** ☐

- IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A **E' ALLERGICO/A AI SEGUENTI
ALIMENTI E/O SOSTANZE** (SE SONO NECESSARI, PER TALE
'ALLERGIA', 'FARMACI SALVAVITA' **RECARSÌ IN**
SEGRETERIA.

TALI DATI POTRANNO ESSERE SUCCESSIVAMENTE TRATTATI ESCLUSIVAMENTE
NEL RISPETTO DI TUTTE LE NORME VIGENTI.

_____, _____

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI (O TUTORI)

IN FEDE

PER RICEZIONE E PRESA VISIONE

(PADRE)

IN FEDE

PER RICEZIONE E PRESA VISIONE

(MADRE)
