

Al Direttore  
del Centro di Formazione Professionale  
"Don Luigi Orione"  
Via IV Novembre, 47  
61032 FANO (PU)

**OGGETTO: SEGNALAZIONE DI ALLERGIE, INTOLLERANZE E/O CELIACHIE  
ALIMENTARI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ in qualità di genitore (o di tutore o di soggetto affidatario ai sensi della  
Legge n. 184 del 04/05/1983) dell'alunno \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_.

**COMUNICA**

Al fine della successiva trasmissione alla Ditta erogante il servizio mensa, che il/la proprio/a figlio/a –  
tutelato/a:

☐ È affetto dalle allergie, intolleranze e/o celiachie alimentari indicate nella certificazione medica  
allegata. Si allega certificazione medica.

☐ Non è affetto dalle allergie, intolleranze e/o celiachie alimentari.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 DGPR  
(Regolamento UE 2016/679) ai fini della presente comunicazione.

In Fede

Lugo e Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_