

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 2033 e dell’art. 13 DGPR
(Regolamento UE 2016/679) ai fini della presente comunicazione.

In Fede

Lugo e Data _____

Firma del genitore/tutore _____