

*Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Marvasi - Vizzone"*

OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE AI FARMACI (ai sensi dell'art. 26 comma 1, lettera a) del D.Lgs n. 81/2008 e dell'art. 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445)

I sottoscritti e....., residenti a
....., in piazza/via, n...., genitori/tutori
dell'alunno/a....., nato/a a.....,
il, frequentante per l'anno scolastico 2026/2027 la classe. ... sez. ..., della scuola
(secondaria di primo grado, primaria, infanzia)....., del plesso
....., del Comune di,

DICHIARANO

(BARRARE SOLO LA PARTE CHE INTERESSA)

***che il/la propri/a figlio/a è affetto/a da:**

- ☐ Intolleranza alimentare a
- ☐ Allergia alimentare a
- ☐ Altre forme di allergia (compresi farmaci)
- ☐ Malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, fenilchetonuria, ecc.).

*** Si allega allo scopo relativa certificazione medica.**

Data:

firma dei genitori

I sottoscritti, consapevoli delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, **dichiarano** che quanto sopra riportato corrisponde a verità.

Data:

firma dei genitori

