

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C. Marvasi-Vizzone Rosarno

OGGETTO SEGNALAZIONE DI ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI

Il _____ sottoscritto

Nato il _____ a _____

La
sottoscritta _____

Nata il _____ a _____

In qualità di genitori (o di tutori o di soggetti affidatari ai sensi della Legge n. 184 del 4/05/1983)

dell'alunn _____ frequentante la
classe _____

della scuola primaria plesso Marvasi ☐, plesso Bosco ☐, plesso Carretta ☐

COMUNICANO

Che il/la proprio/a figlio-tutelato/a

- ☐ è affetto dalle allergie /intolleranze alimentari indicate nella certificazione medica allegata
- ☐ non è affetto dalle allergie /intolleranze alimentari.

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

Si allega certificazione medica

In Fede

Luogo e data