

DICHIARAZIONE ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____ residente a _____

in via _____

La sottoscritta _____

nato a _____ il _____ residente a _____

in via _____

IN QUALITÀ DI GENITORI/AFFIDATARI/TUTORI DI

_____, nato a _____ il _____

frequentante la Classe _____ Sez. _____ Scuola _____

Plesso _____

DICHIARANO

Che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a dalle seguenti intolleranze, allergie o malattie in corso:

Si acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 679/2016, D.Lgs. 101/2018 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone.

Data _____

Firma di entrambi i genitori/affidatari/tutori

Nell'impossibilità di acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del genitore _____