

DICHIARAZIONE DI ALLERGIE O INTOLLERANZE ALIMENTARI

Il sottoscritto _____ nato a _____ () il _____
residente a _____ () via _____
in qualità di **padre**

La sottoscritta _____ nata a _____ () il _____
residente a _____ () via _____
in qualità di **madre**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ () il _____
residente a _____ () via _____
in qualità di **tutore/tutrice/affidatario** (compilare solo se presente)
dell'alunno/a _____

Iscritto/a alla scuola _____ CLASSE _____

DICHIARANO

- ☐ che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
☐ che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e o intolleranze)

N.B. Nel caso in cui sia impossibile ottenere la firma congiunta dei genitori, chi firma il modulo si assume la responsabilità civile, amministrativa e penale di quanto dichiarato (ai sensi del DPR 245/2000) e si assume la responsabilità di aver informato ed ottenuto il consenso dell'altro genitore (in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316,337ter e 337 quarter del codice civile)

Data,

Firma _____

Firma _____