Modulo segnalazione intolleranze e/o allergie alimentari

Al Dirigente scolastico dell’Istituto

 “Francesco Grandi” di Sorrento

I/Il sottoscritti/o \_ e genitori

di , nato/a il ,

residente in via , città , alunno/a frequentante la classe , sezione , della scuola dell’infanzia/primaria/secondaria di primo grado, nel plesso , per l’anno scolastico ,

SEGNALANO/SEGNALA

che il/la proprio/a figlio/a è affetto dalle seguenti intolleranze e/o allergie alimentari indicate nella certificazione medica allegata:

* Intolleranza: .
* Allergia: .

Si allega Certificazione Medica. Numeri di telefono utili:

Medico Curante Genitori

In fede.

Data

Firma genitore 1 \_ Firma genitore 2 \_

Il/la sottoscritt , data l’impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, 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 in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Data Firma del genitore