

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. *Palazzo-Salinari*

Oggetto: Comunicazione allergie e/o intolleranze alimentari.

I sottoscritti e, residenti a
....., in piazza/via, n...., genitori/tutori
dell'alunno/a....., nato/a a, il.....,
frequentante per l'anno scolastico 2025/2026 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
- ☐ Malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, fenilchetonuria, ecc.).

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

Data

.....

Firma dei genitori

Si acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 modificato dal
D.Lgs. 101/2018 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

firma dei genitori

