

**OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O
ALLERGIE A FARMACI.**

I sottoscritti _____ esercenti la potestà
dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sez. _____.
Re. Tel _____, PEO _____

COMUNICANO CHE L'ALUNNO/A

- ☐ non è affetto/a da allergie e/o intolleranze alimentari;
- ☐ presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____
_____ come
attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiede il pasto
alternativo durante le visite guidate e/o i viaggi d'istruzione e/o l'uso delle cucine;
- ☐ non è affetto/a da allergie a farmaci;
- ☐ presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente
dichiarazione.

Eventuali altre informazioni utili sull'alunno/a da segnalare come patologie, insufficienza cardiaca,
insufficienza respiratoria, asma, etc: _____

Dichiarano di essere informati, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 Regolamento (UE) 2016/679
(Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche
con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente
dichiarazione viene resa.

_____, lì _____

Firma dei genitori

