

MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE ALIMENTARE

Al Dirigente Scolastico
I.C. "L. da Vinci"
Omignano (SA)

I sottoscritti:

madre _____ padre _____

Genitori dell'alunno: _____ classe ____ sez ____ plesso _____

DICHIARANO

- Che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare:
- Che il proprio/a figlio/a presente la /le seguente/i allergia/o intolleranza alimentare (indicare nello spazio sottostante) come da certificato medico allegato:

Omignano, _____

Firma degli esercenti la potestà genitoriale

Si ricorda che è necessaria la firma di entrambi i genitori, laddove uno dei genitori sia impossibilitato a sottoscrivere la presente richiesta, si prega di sottoscrivere la seguente dichiarazione: "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservazione delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui artt.319,337 ter e 337 quater del c.c. che richiedono il consenso di entrambi i genitori"

Data _____

Firma
