

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. S. GATTI LAMEZIA TERME

OGGETTO SEGNALAZIONE DI ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI

Il _____ sottoscritto

Nato il _____ a _____

La
sottoscritta _____

Nata il _____ a _____

In qualità di genitori (o di tutori o di soggetti affidatari ai sensi della Legge n. 184 del 4/05/1983)
dell'alunn _____ frequentante la classe

della scuola primaria del plesso di _____ dell'I.C. S.
Gatti di Lamezia Terme

COMUNICANO

Che il/la proprio/a figlio-tutelato/a

- è affetto dalle allergie /intolleranze alimentari indicate nella certificazione medica allegata
- non è affetto dalle allergie /intolleranze alimentari.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs. 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13
GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai fini della presente comunicazione

Si allega certificazione medica

In Fede

Luogo e data