

Al Dirigente scolastico
Dell'I.C. "Macerata Campania"
Via Roma 11
Macerata Campania

Oggetto: Comunicazione intolleranze /allergie

Il / La sottoscritto/a _____
residente in via _____ n. _____
città _____ recapito telefonico _____
genitore / tutore legale dell'alunno _____ nato/a a _____
il _____
frequentante per l'anno scolastico 20...../20l'Istituto Comprensivo "Macerata Campania"
 scuola infanzia scuola primaria scuola sec. I grado sezione/classe _____
Plesso _____

Dichiara

che il proprio figlio presenta:

- Intolleranza alimentare a.....
- Allergia alimentare a.....
- Altro.....

- Allo scopo allega certificato medico recente**
 Dichiara che la documentazione è agli atti dell'Istituto

Il certificato medico deve essere recentemente rilasciato dai MMG, Pediatri di libera scelta o dagli Specialisti in allergologia o malattie metaboliche con diagnosi della patologia e prescrizione dettagliata degli alimenti / ingredienti da utilizzare e/o precisa indicazione terapeutica; nel caso di necessità di utilizzo di prodotti dietetici speciali è necessario farlo presente nel medesimo certificato.

Data _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a prende atto che, in riferimento al R.E. 679/2016 (Privacy), i dati personali e/o sensibili forniti nel presente modulo e/o i documenti allegati saranno oggetto di trattamento ai soli fini dell'organizzazione del servizio di refezione scolastica

Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini di predisporre la corretta erogazione del servizio per gli alunni allergici o intolleranti. I dati saranno utilizzati per finalità di carattere istituzionale e non saranno oggetto di diffusione.

Data _____

Firma _____