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 asi 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 2023 e dell’art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai fini della presente comunicazione

Si allega certificazione medica

Il Fede

Luogo e data …………………………………………