

**COMUNICAZIONE DI EVENTUALI
ALLERGIE/PATOLOGIE
PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' DIDATTICA.**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

NOME _____ COGNOME _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

NOME _____ COGNOME _____

GENITORE/TUTORE

DELL'ALUNNO/A _____

NATO/A IL _____ A _____

FREQUENTANTE LA CLASSE _____ ANNO SCOLASTICO _____

NEL RISPETTO DEL DECRETO LEGISLATIVO N.196/30.GIUGNO.2003
(CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)

DICHIARA QUANTO SEGUE:

- IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A **NON HA ALCUNA ALLERGIA** ☐
- IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A **E' ALLERGICO/A AI SEGUENTI ALIMENTI E/O SOSTANZE** (SPECIFICARE SE SONO NECESSARI, PER TALE 'ALLERGIA', 'FARMACI SALVAVITA' _____ ALLEGARE EVENTUALE CERTIFICATO MEDICO INDICANTE: **1.TIPO DI FARMACO** _____ **2.PROCEDURE DI SOMMINISTRAZIONE**) ☐

- IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A **NON HA ALCUNA 'PATOLOGIA'** ☐
- IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A **E' AFFETTO DA QUESTA 'PATOLOGIA'** (SPECIFICARE SE SONO NECESSARI, PER TALE 'PATOLOGIA', 'FARMACI SALVAVITA' _____ ALLEGARE EVENTUALE CERTIFICATO MEDICO INDICANTE: **1.TIPO DI FARMACO** _____ **2.PROCEDURE DI SOMMINISTRAZIONE**) ☐

TALI DATI POTRANNO ESSERE SUCCESSIVAMENTE TRATTATI ESCLUSIVAMENTE
NEL RISPETTO DI TUTTE LE NORME VIGENTI.

_____ / _____

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI (O TUTORI)

IN FEDE
PER RICEZIONE E PRESA VISIONE
(PADRE)

IN FEDE
PER RICEZIONE E PRESA VISIONE
(MADRE)