## Alla Dirigente Scolastica dell’IAC “B. Croce” di Vitulazio

## Dott.ssa Daniela Orabona

## SEGNALAZIONE ALLERGIE-INTOLLERANZE ALIMENTARI-MALATTIE METABOLICHE

Il sottoscritto nato a il , in qualità di genitore/tutore, segnala quanto segue in riferimento all’alunno

 nato a il

 , frequentante la/iscritto alla classe del plesso

***Non è affetto da nessuna*** *allergia-intolleranza alimentare-malattia metabolica;*

***Allergia/intolleranza alimentare*** *, di cui allega certificazione medica rilasciata da*

***Malattia metabolica*** *, di cui allega certificazione medica rilasciata da* ***Altro*** *(specificare)*

## Alimenti da eliminare Alimenti consentiti Ulteriori informazioni utili

*Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell’informativa predisposta dal titolare del trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del DLgs 196/2003 e ss.mm. ii., di prestare il consenso ed autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati dalla suddetta informativa.*

Data

Firma