

Allergie Intolleranze Farmaci

Al Dirigente Scolastico
I.C. "Via delle Carine"
Roma

Il/la sottoscritto/a*

nato/a a il

residente in a

e

il/la sottoscritto/a

nato/a a il

residente in a

rispettivamente padre - madre esercenti la patria potestà - affidatari - tutori

dell'alunno/a

iscritto/a per l'a.s. 2021/2022 alla classe ^ sez della

Scuola Infanzia

Primaria

Secondaria

dichiaro/dichiariamo **che** non può mangiare, per allergie, intolleranze o per restrizioni alimentari a motivazione religiosa i seguenti cibi: (segnare con una **X** ben visibile)

- latte e derivati
- glutine
- uova
- lieviti
- frutta (specificare)
- legumi
- ortaggi (specificare)
- altro (specificare)

che deve assumere i seguenti farmaci forniti dalla famiglia e per i quali è qui **allegata** la prescrizione medica:

.....

secondo la seguente posologia.....

che è allergico/a ai seguenti farmaci

.....

che è allergico/a alle seguenti sostanze a base alcolica e/o alle diluzioni di ipoclorito di sodio, indicate per la pulizia e la disinfezione degli ambienti

→ Le condizioni di rischio devono necessariamente essere attestate tramite l'invio, in forma riservata, della relativa valida documentazione sanitaria.

*Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, **dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale** di cui agli artt.316, 337 ter, 337 quater del c.c., **che richiedono il consenso di entrambi i genitori.***

- Si autorizza la scuola alla conservazione e all'uso dei dati indicati, per le sole esigenze organizzative interne e per la cura dei rapporti scuola-famiglia.

- Si dichiara di aver preso visione sul sito dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Per la famiglia

Roma, 2021