

..l. sottoscritt... ..
residente a via..... tel.....
genitore dell'alunno/a.....
frequentante la ClasseSezione

COMUNICA che ...l... propri... figli... è affett.... da

Intolleranza alimentare _____

Allergia alimentare _____

Malattia metabolica (celiachia, diabete, favismo, altro

(_____

Fa presente, inoltre, che ...l... propri... figli... è espost.... a rischio di shock anafilattico:

(SI NO) _____

Altro _____

..l... sottoscritt.... dichiara altresì di essere stato informato/a, ai sensi di cui all'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati personali e/o sensibili forniti con la presente richiesta saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. I dati forniti potranno essere utilizzate e comunicate ad altri soggetti qualora ciò si renda necessario ai fini dell'elaborazione e della somministrazione della dieta speciale. Con la firma apposta in calce alla presente, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte.

Firma del Genitore

Lì _____